

**COMPROMISO DE CORRESPONSABILIDAD
DE LOS PADRES DE FAMILIA CON LA EDUCACIÓN DE SU HIJO O HIJA**

Yo Lisset Osuna Galván Mateo Alejandro Díaz Osuna (nombre de la alumna o el alumno) recibí una copia del Marco para la Convivencia Escolar de las Escuelas de Educación Básica del Distrito Federal. _____, madre, padre o tutor de

Conozco y entiendo cuál es el comportamiento que se espera de mi hijo(a) y comprendo que mi participación en su educación le ayudará a tener un mejor desempeño en la escuela.

He leído este **Compromiso de Corresponsabilidad** y me comprometo a hacer todo lo posible para cumplir con las siguientes responsabilidades:

- Motivar a mi hijo(a) para que sea un miembro de la comunidad escolar pacífico y respetuoso.
- Comentar con mi hijo(a) la **Carta de Derechos y Deberes de las Alumnas y los Alumnos y las Faltas y Medidas Disciplinarias**.
- Participar en las reuniones a las que me convoque la escuela como madre o padre de familia o tutor, y en los programas y actividades en las que mi hijo(a) esté involucrado.
- Asegurarme que mi hijo(a) llegue puntual a la escuela todos los días y con los materiales básicos necesarios para un buen desempeño.
- Tener un trato respetuoso con docentes, directivos y personal de la escuela y evitar cualquier expresión denigrante, ya sea física o verbal, a los miembros de la comunidad escolar.
- Proporcionarle a mi hijo(a) un espacio tranquilo para que haga sus tareas, apoyarlo y supervisarlos para que cumpla con sus trabajos escolares.
- Organizar la vida familiar de modo que mi hijo(a) pueda cumplir con los horarios de descanso adecuados a su edad.
- Destinar al menos 20 minutos al día leyendo con mi hijo(a).
- Escuchar a mi hijo(a) lo que quiera relatar de su experiencia diaria en la escuela.
- Proporcionar a la escuela todos los datos personales de mi hijo (a) de manera veraz al momento de inscribirlo a la escuela, así como los números telefónicos e información para contactarme en caso de emergencia.
- Proporcionar a la escuela información de la salud de mi hijo(a) y notificar expresamente en caso de presentar alguna enfermedad crónica o impedimento para realizar cualquier actividad física o bien, que requiera de atención especial.
- Justificar las inasistencias de mi hijo(a) a la escuela de manera oportuna y adecuada.
- Avisar a la escuela si hay algún cambio significativo en la salud o bienestar de mi hijo(a) que afecte su habilidad para atender en la escuela.
- Colaborar con la escuela en la atención de los problemas que afecten a mi hijo(a).

Nombre y Firma de la madre, padre o tutor: Lisset Osuna Galván _____

La Escuela se compromete a respetar los derechos de los educandos descritos en la **Carta de Derechos y Deberes de las Alumnas y los Alumnos**, y a hacer que se respeten.

Asimismo, el (la) Director(a) se compromete a aplicar las medidas disciplinarias con justicia, imparcialidad y transparencia.

Nombre de la escuela: Colegio O'Farrill S.C. CCT: 09PPR0736A

Nombre del (de la) Director(a) de la escuela _____

Firma del (de la) Director(a) de la escuela _____ Fecha: _____

4. COMPROMISOS

ESTIMADOS ALUMNAS, ALUMNOS, MADRES, PADRES Y/O TUTORES:

Con el propósito de impulsar la participación de la comunidad en la tarea educativa, propiciando la colaboración y acción decidida de educandos, madres, padres de familia y tutores a favor de la educación, se les hace una cordial invitación a firmar los **Compromisos** que se les presentan. Sin que la firma sea obligatoria, ésta se entenderá como una expresión de corresponsabilidad con la educación y la convivencia pacífica en las escuelas.

No obstante, el contenido de este Marco para la Convivencia Escolar regirá en todas las escuelas de educación básica del Distrito Federal y será aplicable a todo el estudiantado, desde educación preescolar hasta secundaria.

ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE SERVICIOS EDUCATIVOS EN EL DISTRITO FEDERAL

COMPROMISO DE LA O EL ALUMNO A FAVOR DE LA CONVIVENCIA PACÍFICA

Yo, Mateo Alejandro Díaz Orta (nombre de la alumna o el alumno) manifiesto ante mi madre, padre o tutor que:

Conozco la **Carta de Derechos y Deberes de las Alumnas y los Alumnos** y comprendo por qué debo respetarlos.

En relación a mi conducta sé que tengo derecho a:

- Que se me presente y explique el **Marco para la Convivencia Escolar** así como qué conducta mía contribuye a una convivencia pacífica y qué comportamiento mío es contrario a la convivencia y puede tener una consecuencia disciplinaria.
- Recibir apoyo y orientación del personal de la escuela en relación a mi comportamiento.
- Tener un trato justo y respetuoso cuando cometa una falta que amerite una medida disciplinaria.

Yo me comprometo a:

- Respetar los derechos y la dignidad de los demás.
- Cumplir con lo establecido en el **Marco para la Convivencia Escolar**.
https://www2.aefcm.gob.mx/convivencia/escuela/archivos/divulgacion_primaria.pdf
- Compartir diariamente con mis padres lo que viví y aprendí en la escuela.
- Aceptar las medidas disciplinarias que correspondan como consecuencia de una conducta contraria a la convivencia pacífica.

He comentado esto con mis padres y estoy de acuerdo en asumir y cumplir este compromiso

Firma de la alumna o el alumno:

Mateo

Nombre y firma de la madre, padre o tutor

Lisset Osuna Calcin

Fecha: 17/03/2022

Autorizaciones y Requisitos Comunidad O'Farrill

CICLO 2022-2023

Todo integrante de la comunidad es responsable de conocer el contenido y respetar el **Reglamento Interno** del Colegio O'Farrill S.C, el **Aviso de Privacidad** y **Marco Para la Convivencia Escolar**. Documentos disponibles para consulta en la plataforma escolar SchoolBi y en las oficinas del Colegio. Ingresar y leerlas previo al llenado de este documento.

Leí y estoy de acuerdo con el **Reglamento Interno** del Colegio O'Farrill S.C, el **Aviso de Privacidad** y **Marco Para la Convivencia Escolar**.

Lisset Osuna Cialcin

Nombre y Firma de Padre o Tutor

Autorizaciones:

Apellido Paterno: Díaz Apellido Materno: Osuna

Nombre (s) del alumno: Mateo Alejandro Grado: 1er primaria

1. AUTORIZACIÓN CÉDULA MÉDICA.

En situación de caso de emergencia médica, avisar a los siguientes teléfonos:
Cel: 55 7052 53 77 Casa: (55) 56310803

Si el alumno(a) requiere atención médica a causa de su padecimiento o por alguna otra causa, **autorizo que sea trasladado** para recibir dicha atención: **(sí) (no)** a la institución que el Seguro AP Escolar de Accidentes determine o (Otro) Describa cuál: _____

Yo madre, padre de familia o tutor, estoy de acuerdo en proporcionar la información médica de mi hijo(a): Padece de alguna enfermedad o alergia. Describa cuál: _____

2. REDES SOCIALES DE LA COMUNIDAD O'FARRILL, toma de fotografías y/o videos sobre las actividades académicas, sociales y deportivas que se desarrollen en la planeación del Colegio, mismas que se subirán a las Redes Sociales para compartir las experiencias de mi hijo(a) en la Comunidad O'Farrill.

Sí autorizo () No autorizo ()

Lo anterior, implica mi aceptación de las consecuencias derivadas de la decisión que libre y responsablemente que adopto para el desarrollo educativo y personal de mi menor hijo(a) deslindando por ello de toda responsabilidad al plantel y autoridades educativas. Manifiesto lo anterior aceptando las condiciones físicas, psicológicas y pedagógicas de mi hijo(a). Acepto de conformidad la información mencionada.

Atentamente,

Nombre Padre y/o tutor: Lisset Osuna Cialcin

Firma Padre y/o tutor: _____

Fecha: 17 / 03 / 2022
DD / MM / AAAA



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN O REINSCRIPCIÓN													
CICLO ESCOLAR 2022-2023							INS	REINS					
NIVEL EDUCATIVO:			PREESCOLAR		✓ PRIMARIA			SECUNDARIA					
ESCUELA: COLEGIO O'FARRILL SOCIEDAD CIVIL							CCT: 09PPR0736A						
DIRECCIÓN DEL PLANTEL: HORTENCIA Y ACANTO LOTE 322 MZ 27													
C.C.T. DE PROCEDENCIA: (EN CASO DE REINSCRIPCIÓN POR TRASLADO O PROMOCIÓN DE NIVEL EDUCATIVO DE EDUCACIÓN PREESCOLAR, PRIMARIA Y SECUNDARIA)													
DATOS GENERALES DEL ALUMNO(A)													
PRIMER APELLIDO:		Díaz											
SEGUNDO APELLIDO:		Osuna											
NOMBRE(S):		Mateo Alejandro											
ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO:					CURP: DOM161013HDF2STAG								
FECHA DE NACIMIENTO: AÑO		2016	MES	10	DÍA	16	SEXO:	MASC	FEM	PESO (kg)	17	ESTATURA(m):	1.15
DOMICILIO DEL ALUMNO(A)													
CALLE: Oyamel			No. INT.: 40		o. EXT.:		COLONIA: Verano						
ALCALDÍA O MUNICIPIO: Tlalpan					C.P.: 14276		TEL. DE CASA: (55) 56310803						
TEL. PARA RECADOS: (55) 56310803					TEL. CELULAR PARA EMERGENCIAS: 55 70525877								
CONDICIÓN DEL ALUMNO(A)													
¿ES DERECHOHABIENTE DE ALGÚN SERVICIO MÉDICO?			SI	NO	¿CUÁL?		1755						
¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO INDÍGENA?			SI	NO	¿CUÁL?								
¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			SI	NO	¿CUÁL?								
¿PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD O CONDICIÓN?			SI	NO	¿CUÁL?								
¿PERTENECE A ALGUNA CONDICIÓN MIGRANTE?			SI	NO	PAÍS:		ENTIDAD:						
¿UTILIZA ACTUALMENTE EL SERVICIO DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN ESPECIAL Y EDUCACIÓN INCLUSIVA? (U.D.E.E.I.)										SI	NO		
DATOS DEL PADRE, MADRE DE FAMILIA O TUTOR													
NOMBRE DE LA MADRE O TUTOR: Lisset Osuna Galán					FECHA DE NACIMIENTO: 17/06/1966								
NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS: Licenciatura			TEL. DE CASA: (55) 56310803		TEL. MÓVIL: 55 70525877								
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL: lizetgalan@gmail.com					OCUPACIÓN: Gerente								
EMPRESA: Grupo Arkcom					TEL. OFICINA: (55) 56030660 ext. 403								
DOMICILIO LABORAL: Santa Cecilia 105, Residencial Cafetales, 04918													
¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO INDÍGENA?			SI	NO	¿CUÁL?								
¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			SI	NO	¿CUÁL?								
¿PERTENECE A ALGUNA CONDICIÓN MIGRANTE?			SI	NO	PAÍS:		ENTIDAD:						
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: Emiliano Díaz Pérez					FECHA DE NACIMIENTO: 01/03/1958								
NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS: Prepa			TEL. DE CASA: (55) 56310803		TEL. MÓVIL: 55 70539384								
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL: marketingtsuba@gmail.com					OCUPACIÓN: Papeador								
EMPRESA: Personal - Pet friend					TEL. OFICINA: -								
DOMICILIO LABORAL: -													
¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO INDÍGENA?			SI	NO	¿CUÁL?								
¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			SI	NO	¿CUÁL?								
¿PERTENECE A ALGUNA CONDICIÓN MIGRANTE?			SI	NO	PAÍS:		ENTIDAD:						

Ciudad de México, 17 de 03 de 2022.

Por así convenir a mis intereses, por este conducto solicito la inscripción o reinscripción al 1 grado, grupo en el plantel arriba citado. Para ello, hago entrega de la siguiente documentación:

Acta de nacimiento o Documento equivalente Antecedente académico Ninguno

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la documentación y/o los datos en el presente documento son verdaderos y que, en caso de presentar información o documentación falsa, seré acreedor(a) a las sanciones aplicables por la autoridad competente. Para lo cual me identifico con:

Credencial para votar por el INE Pasaporte Ninguno Otro: _____

Así mismo manifiesto que he leído el aviso de privacidad que me fue notificado sobre el tratamiento de la información presentada correspondiente a mi menor hijo(a) en su calidad de alumno de esta Institución Educativa.

Firma de conformidad

Lisset Osuna Galán
Nombre y firma de la madre, padre de familia o tutor

LA REALIZACIÓN DE ESTE TRÁMITE ES GRATUITO

**TALÓN DE CONFIRMACIÓN DE INSCRIPCIÓN O REINSCRIPCIÓN
PARA ALUMNOS DE NUEVO INGRESO AL CICLO ESCOLAR 2021-2022**

Ciudad de México, 17 de 0 de 3 de 2022.

Estimado Sr. (a): Lisset Osuna Galán

La Secretaría de Educación Pública le informa que el alumno (a):

Mateo Alejandro Diaz Osuna

con CURP: D1017161013HDFZST19 Folio: 214354268 Fecha de Nacimiento: 13/10/2016

queda formalmente inscrito en el Grado: 1er, Grupo: _____, Turno: Matutino

de la Escuela: COLEGIO O'FARRILL SOCIEDAD CIVIL

CCT: 09PPR0736A

Con atención,

La Dirección de la Escuela

SELLO

María de Jesús García Salinas

Nombre y firma del Director(a) del plantel

Aviso de Privacidad

Con fundamento en los artículos 16 y 73 fracción XXIX-O de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y del Artículo 22 fracciones II y V de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México (AEFCM), es la responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán utilizados para atender su "Solicitud de Inscripción o Reinscripción" (INS-10) a través del Sistema Integral de Información Escolar en WEB (SIIIE WEB) en las diferentes modalidades de Educación Básica. Así como realizar informes estadísticos con la finalidad de dar seguimiento a los avances interinstitucionales inherentes a este servicio educativo.

Si deseas conocer nuestro aviso de privacidad integral, lo podrás consultar en nuestro portal de internet www.gob.mx/aeefcm



EX-10 CÉDULA DE REFERENCIA DE SALUD DEL ALUMNO

Ciudad de México, 13 de Marzo de 20

Escuela: COLEGIO O'FARRILL SOCIEDAD CIVIL C.C.T.: 09PPR0736A

Nombre del Alumno(a): Mateo Alejandro Díaz Ojeda Grado: 1er Grupo _____

¿Presentó examen médico la madre, padre de familia o tutor?: (si) (no) Tipo de Sangre: O+

¿El examen médico entregado a la escuela indica que está apto para realizar actividad física? (si) (no)

¿Alérgico a algún medicamento?: (si) (no) Indique cuál: _____

¿El alumno(a) presenta algún padecimiento crónico? (si) (no) Indique cuál: _____

¿El alumno(a) toma algún medicamento prescrito por el médico? (si) (no)

En caso de contestar afirmativamente anexar copia de la receta por el médico tratante al presente.

Indique cuál: _____

Escriba a qué hora es suministrada la primera toma del día antes del ingreso al plantel: _____

Número de dosis al día: _____

Horas programadas para la administración de dosis de medicamentos:

4 hrs. () 6 hrs. () 8 hrs. () 12 hrs. () 24 hrs. ()

En caso de que el alumno(a) requiera atención a causa del padecimiento, indique el procedimiento a seguir:

En situación caso de emergencia médica, avisar a los siguientes teléfonos: (ss) 56310603 y (ss) 70525877

Si alumno(a) requiere atención médica a causa de su padecimiento o por alguna otra causa, autorizo a que sea trasladado para recibir dicha atención: (si) (no) a la institución (IMSS) (ISSSTE) (Secretaría de Salud) (Seguro Popular) (Otro) Describa cuál: _____

Yo madre, padre de familia o tutor, estoy de acuerdo en proporcionar la información médica de mi hijo(a) pupilo(a): (si) (no).

Lo anterior, implica mi aceptación de las consecuencias derivadas de la decisión que libre y responsablemente que adopto para el desarrollo educativo y personal de mi menor hijo(a) o pupilo(a), deslindando por ello de toda responsabilidad al plantel y autoridades educativas. Manifiesto lo anterior aceptando las condiciones físicas, psicológicas y pedagógicas de mi hijo.

Acepto de conformidad la información mencionada en la presente cédula

Lisset Osuna Galán
Nombre y firma de la madre, padre de familia o tutor

Aviso de Privacidad

Con fundamento en los artículos 16 y 73 fracción XXIX-O de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y del Artículo 22 fracciones II y V de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México (AEFCM), es la responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán utilizados para atender el registro del documento denominado "Cédula de Referencia de Salud" (EX-10) a través del Sistema Integral de Información Escolar en Web (SIIIE WEB) en las diferentes modalidades de Educación Básica. Así como realizar informes estadísticos con la finalidad de dar seguimiento a los avances interinstitucionales inherentes a este servicio educativo.

Si desea conocer nuestro aviso de privacidad integral, lo podrá consultar en nuestro portal de internet www.gob.mx/aeefcm