

**REGLAMENTO
PREESCOLAR
2022-2023**

Leí y acepto las normas que se marcan en el reglamento interno anexo del colegio del ciclo escolar.

CDMX, a 17 de Julio del 2023.

Nombre del alumno:

OLIVER ALVAREZ FUENTES

Nombre y firma del padre o tutor:

LUIS GILBERTO ALVAREZ ZARZO

Nombre y firma de la madre o tutora:

LANIA FUENTES OSORIO



EX-10 CÉDULA DE REFERENCIA DE SALUD DEL ALUMNO

Ciudad de México, 17 de JULIO de 23

Escuela: COLEGIO O'FARRILL SOCIEDAD CIVIL C.C.T.: 09PJN5724N

Nombre del Alumno(a): OLIVER ÁLVAREZ FUENTES Grado: KII Grupo B

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

¿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: () _____ y () _____

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

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

KINDER

Personas Autorizadas para Recoger a sus hijos

Nombre completo del

alumno: OLIVER ALVAREZ FUENTES

Grado y Grupo: K II-B

Nombres Completos de las Personas



Autorizada

#1: TANIA FUENTES OSORIO

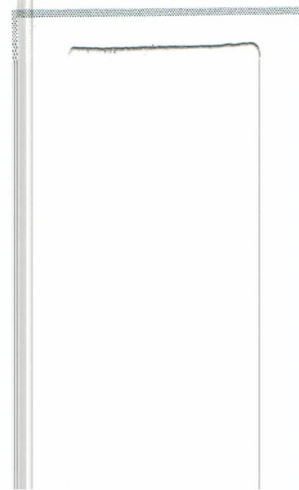
Parentezco con el Alumno: MADRE



Autorizada

#2: LUIS GILBERTO ÁLVAREZ ZARCO

Parentezco con el Alumno: PADRE





COLEGIO
O' FARRILL
EDUCACION CON EXCELENCIA

GUIA PARA LA ATENCIÓN DEL PREESCOLAR

La Guía para la Atención de Preescolar tiene el propósito de apoyar al personal docente de Educación Preescolar para que conozca y registre características y antecedentes individuales de niños y niñas. La información recabada será incorporada al expediente individual de cada uno.

La información proporcionada por el padre y/o madre de familia permitirán al docente:

- ✿ Detectar algunos problemas de salud y orientar oportunamente a los padres o tutores para su atención.
- ✿ Diseñar un ambiente de aprendizaje que apoye el desarrollo de competencias en el marco del Programa de Educación Preescolar vigente.

Formará parte del expediente individual del alumno junto con el **Examen Médico** del Escolar.

I.- DATOS GENERALES

- 1.- Nombre del niño (a): OLIVER ÁLVAREZ FUENTES.
- 2.- Fecha de nacimiento: 18/08/2019 Sexo: MASCULINO
Domicilio: PROL. GUADALUPE VICTORIA N. 20 SAN MIGUEL AJUSCO 14700
- 3.- Institución de la que se es derechohabiente. IMSS (☒) ISSSTE (☐) OTRO (☐)
NINGUNA (☐)
- 4.- ¿Ha recibido atención educativa asistencial de otra institución? Si (☐) No (☒)
¿En cuál? _____ Tiempo de permanencia: _____

II. ANTECEDENTES DEL NIÑO O LA NIÑA

- 5.- Lugar de nacimiento: COACALCO EDO MEX.
Especifique población: COACALCO
- 6.- Desarrollo del embarazo: Normal (☒) Semanas de gestación: 39
Con problemas (☐) Especificarlo: _____

7.- Parto: normal: () cesárea: (X) ¿se presentó algún problema al momento del parto? NO Especificarlo: _____

8.- Lactancia: Pecho (X) ¿Cuánto tiempo? 3 MESES
Biberón (X) ¿Desde que edad? 3 MESES

9.- Presenta alguna barrera para el aprendizaje: ¿En qué? Intelectual ()
auditiva () visual () motora () de habla () neurológica ()
de comportamiento () Especifique de que tipo: NINGUNA

A qué edad se le diagnosticó: _____

En caso de recibir atención ¿Qué tipo de tratamiento de apoyo se le ha recomendado? _____

10.- Usa prótesis o aparato ortopédico Si () No (X)

De extremidades superiores () de extremidades inferiores () auditivos () visuales ()

Requiere del uso permanente de: lentes () silla de ruedas () andadera () muletas ()
Otro: NO

11.- Ha tenido algún accidente o enfermedad que haya requerido revisión médica u hospitalización: Si () No (X)

¿Cuánto tiempo? _____

¿A qué edad? _____

¿Por qué situación? _____

¿En la actualidad requiere algún cuidado especial? _____

PARA COMPLEMENTAR REVISE INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO.

12.- Enfermedades que ha padecido: varicela () rubéola () escarlatina ()

Hepatitis () tifoidea () paperas () tos ferina () otra: NINGUNA

13.- ¿Actualmente padece alguna enfermedad temporal o crónica? NO

¿Cual? _____

14.- Es alérgico o intolerante a: alimentos () medicinas () animales ()

Plantas () otros () ¿Cuáles? NO

- 15.- ¿Toma algún medicamento de forma permanente? Si () No (X)]
 ¿Cuáles? _____ ¿Requiere algún cuidado especial? Si () No (X) ¿Cuáles? _____
- 16.- ¿Presenta alguna fobia o miedo? NO ¿A qué? _____
- 17.- Duermen la mayoría de las veces: solo (X) con sus padres () hermanos () familiares () otros ()
- 18.- Horas que duerme en promedio: 10 HRS Horario: 9 PM - 8 AM
 ¿Hace siesta durante el día? SI ¿De cuánto tiempo? 1 Hr.
- ¿Presenta algún trastorno de sueño? Si () No (X) ¿Cómo? Pesadillas () Insomnio ()
 Rechina los dientes () sueño tranquilo () Habla o se levanta dormido ()
- 19.- ¿Cuántas veces come al día? 4 Toma alimentos antes de llegar a la escuela: Si (X) No () ¿Cuáles consume frecuentemente? LACTEOS, FRUTAS Y VERDURAS.
- 20.- ¿Qué tipo de alimentos le gustan? FRUTAS.
- 21.- ¿Cuántas horas al día ve televisión? 3 Solo (X) Acompañado (X)
- 22.- ¿Cuáles son sus programas favoritos? BLUE Y, PEDA PIG, GAMERS.
- 23.- ¿Qué actividades realizan regularmente los fines de semana?
 Visitas a: familiares () cine (X) parque de diversiones (X) museos () mercado ()
 Otros: _____
- 24.- Personas que viven con el niño/a:
 Padre (X) madre (X) hermanos () abuelos maternos () abuelos paternos ()
 tíos (X) primos () otros: _____
- 25.- Edades de los hermanos y sexos: _____
- 26.- ¿Cuánto tiempo dedica como padre o como madre, para estar con su hijo al día? L-Y DE 4 A 5 HRS S Y D - TODO EL DIA
- 27.- Ingreso familiar mensual (aproximado) 30 MIL PESOS

III.- INFORMACIÓN FAMILIAR

28.- Nombre del padre: LOIS GILBERTO ALVAREZ ZARCO Edad: 33 AÑOS
 Escolaridad: MEDIA SUPERIOR Ocupación: EJECUTIVO
 E-mail: HIV307@GMAIL.COM Empresa en la que labora: BANORTE
 Te. Celular: 5573 34 16 89

Lugar de Nacimiento (especifique el nombre de la población) MICHOACAN, TOLICATO

Teléfono de casa: 5911 05 06 14

29.- Nombre de la madre TANIA FUENTES OSORIO Edad: 28 AÑOS

Escolaridad: SUPERIOR - UNIVERSIDAD Ocupación: HOGAR

E-mail FUENTESANIRANDY@GMAIL.COM Empresa en la que labora _____

Tel Celular: 56 31 08 03 84

Lugar de nacimiento: (especifique el nombre de la población) MAGDALENA CONTRERAS COMX

Teléfono de casa: 56 31 08 03 84

30.- Nombre del tutor: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

E-mail _____ Empresa en la que labora _____

Tel Celular: _____

Lugar de nacimiento: (especifique el nombre de la población) _____

Teléfono de casa: _____

31.- Estado civil de los padres: Casados (X) Divorciados () Unión libre ()
Viuda/o () Madre soltera () Padre soltero ()

32.- Existe restricción legal para que alguno de los padres recoja al niño (a) en el
plantel: NO Si existe el caso anotar el nombre del tutor
autorizado: _____

DATOS DE OTRA PERSONA QUE EN CASO NECESARIO PUEDA RECOGER AL NIÑO (A)

Nombre: ADRIANA OSORIO RAMIREZ

Domicilio: PROL. GPE VICTORIA 20 SAN MIGUEL AJUSCO 14700

Teléfono(s): 55 33 07 58 21

Parentesco: ABUELA

Ocupación: DESPACHADOR DE FARMACIA

Lugar donde trabaja: ISSSTE

OBSERVACIONES GENERALES

Este espacio es exclusivo para situaciones que no se encuentren específicas en la guía.

Ciclo Escolar: _____ Grado: _____

Nombre y Firma de la Directora

Nombre y Firma de la
educadora de grupo


TANIA FUENTES OSORIO
Nombre y Firma del
Padre de Familia

Sello del Jardín de Niños



COLEGIO O'FARRILL

Kínder

COMPROMISO MUTUO

Ciudad de México a 17 de 07 de 2023.

Nombre del alumno: OLIVER ÁLVAREZ FUENTES

Grado: K II Grupo: B

Nombre del Padre, Madre o Tutor: TANIA FUENTES OSORIO.

Manifiesto mi compromiso de:

ESCUELA	PADRE DE FAMILIA O TUTOR
Realizar de manera oportuna el segundo y tercer filtro, que corresponde a los protocolos de entrada y dentro del aula.	Realizar de manera oportuna el primer filtro en casa.
Estar atentos ante cualquier reporte que realice un docente o familia ante cualquier síntoma o malestar.	Mantener a mi hijo (a) en casa, en caso de presentar algún síntoma como malestar general, tos seca, estornudos, dolor de cabeza, fiebre, dificultad para respirar, diarrea y malestar en general.
Si algún miembro del personal docente, directivo y administrativo estuvo en contacto con alguna persona confirmada positiva, favor de notificar a la comunidad y tomar las medidas necesarias.	Si se tuvo contacto con alguna persona confirmada positiva, favor de notificar a la comunidad y tomar las medidas necesarias.
Brindar seguimiento ante la presencia de algún síntoma a alumnos, docentes, directivos y personal administrativo.	Darle atención médica a mi hijo (a) ante la presencia de algún síntoma antes mencionado.
Mantener una comunicación oportuna y puntual con los miembros de la Comunidad Educativa.	Notificar a la escuela mediante los canales de comunicación que se tiene dentro del Colegio.
Limpieza constante de las instalaciones. Promover los hábitos de higiene y salud en los miembros de la Comunidad Educativa.	Promover hábitos de higiene y salud para disminuir la propagación de cualquier enfermedad.

Firma de conformidad por parte de los interesados:

Dirección.

Padre de familia o Tutor.

*Favor de compartir Certificado Médico actualizado y entregarlo el día que asista el alumno.



Autorización Redes Sociales Comunidad O'Farrill

Por este medio X/ NO autorizo que a mi hijo (a):

Nombre: OLIVER

Apellidos: ÁLVAREZ FUENTES

Grado KTII Ciclo 2022-2023, se le tomen 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 hij@ en la Comunidad O'Farrill.

Atentamente,

Nombre Padre y/o tutor: TANIA FUENTES OSORIO

Firma Padre y/o tutor: [Firma]

DD/MM/AAAA: 17/07/2023

FICHA DE INSCRIPCIÓN

CICLO ESCOLAR: 2023-2024

DATOS DEL ALUMNO

ÁLVAREZ

Apellido Paterno

FUENTES

Apellido Materno

OLIVER

Nombre (s)

Sexo (F) (☒) Fecha de Nacimiento: Año 2019 Mes AGOSTO Día 18

Edad al 1° de septiembre Años 4 Meses 1

CURP AAFO190818HMCLNLAZ Lugar de Nacimiento COAHUILA EDO MÉX.

Nacionalidad MEXICANA Grado K II

Alumno de nuevo ingreso (SI) (☒)

FAVOR DE LLENAR TODOS LOS CAMPOS

DATOS FAMILIARES

Domicilio: Calle y Número PAOL GUADALUPE VICTORIA 20

Colonia SAN MIGUEL ANUSCO Delegación TLALPAN C.P. 14700

Teléfono Particular 56 31 08 03 84

Nombre del Padre: LUIS GILBERTO ÁLVAREZ ZARCO Tel. Oficina 591 917 99 25

Ocupación: EJECUTIVO Tel. Celular 5573 34 16 89

E-Mail: HN307@GMAIL.COM

Nombre de la Madre: TANIA FUENTES OSORIO Tel. Oficina

Ocupación: HOGAR Tel. Celular 56 31 08 03 84

E-Mail: FUENTESTANIAANDY@GMAIL.COM

En caso de emergencia comunicarse con: SANDRA FUENTES OSORIO Tel: 56 20 30 34 72

Los que suscribimos nos comprometemos en el ciclo escolar a respetar lo establecido en el Reglamento Interno, así como actualizar los datos y colaborar con la institución para lograr el máximo aprovechamiento escolar.

Aviso de privacidad

Los datos personales recabados serán protegidos y serán incorporados y tratados según corresponda en los sistemas de Datos Personales que administrarán las autoridades educativas locales. Puede consultar el Aviso de Privacidad en la plataforma escolar SchoolBi.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

FIRMA DE LA MADRE

FIRMA DEL ALUMNO



FICHA DE CONTROL MÉDICO

Talla 1 m

Peso 15 kg

Tipo de Sangre O+

DATOS DEL MÉDICO PEDIATRA

Nombre: _____

Teléfono(s) _____ Celular: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Padece alguna de las siguientes enfermedades.

- | | | | |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Hemorragias | <input type="checkbox"/> Diarreas |
| <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cardiopatías |
| <input type="checkbox"/> Otra (especificar) <u>NO</u> | | | |

Indicaciones, en caso de haber marcado una o más opciones en la pregunta anterior: _____

Medicamentos que toma regularmente (Nombre, dosis, padecimiento): NO

Alergias ☒ SÍ ☒ NO _____

Restricciones para realizar alguna actividad ☒ SÍ ☒ NO _____

¿Existe algún problema congénito? ☐ SÍ ☒ NO _____

¿Existen restricciones para realizar alguna actividad? ☐ SÍ ☒ NO _____

¿Existen alteraciones en la agudeza visual? ☐ SÍ ☒ NO _____

¿Existen alteraciones en la agudeza auditiva? ☐ SÍ ☒ NO _____

¿Existe algún problema ortopédico? ☐ SÍ ☒ NO _____

¿Utiliza algún tipo de órtesis o prótesis? ☐ SÍ ☒ NO _____

¿Ha tenido intervenciones quirúrgicas? ☐ SÍ ☒ NO _____

¿Cuenta con seguro de gastos médicos? ☒ SÍ ☐ NO METLIFE

¿Ha tenido algún tratamiento o proceso Psicopedagógico? ☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta es SÍ Anexar especificaciones.

Es derechohabiente al:
IMSS ☒ ISSSTE () PEMEX () OTRO _____

GRADOS DE LOS HERMANOS QUE ASISTEN A ESTA INSTITUCIÓN

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> Secundaria | <input type="checkbox"/> Preparatoria | <input type="checkbox"/> kínder |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|

Ciudad de México, a 17 de 07 del 2023.

**COLEGIO O'FARRILL
KINDER**

AUTORIZACIÓN

En caso de un accidente grave autorizo que mi hijo (a) OLIVER

ALVAREZ FUENTES del grado K II - B
sea trasladado de emergencia a la clínica más cercana, acompañado de las autoridades pertinentes, esperando la llegada más pronta de los padres o tutores.

Si autorizo (X) No autorizo ()

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: TANIA FUENTES OSORIO

FIRMA: 

TELÉFONOS DE EMERGENCIA

TRABAJO: _____

CELULAR O NEXTEL: 56 31 08 03 84

CASA: 56 20 30 34 72

Nota. La escuela no administra ningún tipo de medicamento o tratamiento. En caso de que su hijo (a) se encuentre bajo algún tratamiento específico dentro de los horarios de clase, la escuela podrá proporcionar medicamentos y tratamientos cuando el padre de familia lo solicite por escrito anexando a la misma carta o receta médica suscrita por el pediatra particular del alumno.



AVISO DE PRIVACIDAD

María Guadalupe Barrientos Ventosa, representante legal del Colegio O'Farrill S.C. , con domicilio fiscal en la calle de Hortensia #11 Col. Ampliación Miguel Hidalgo, Alcaldía Tlalpan C.P. 14250 , cuyo objeto es impartir enseñanza en los niveles Inicial, Kinder y Primaria, por lo cual soy responsable del uso y protección de sus datos personales, mismos que consistentes en:

- Nombre del alumno
- Domicilio del alumno
- Teléfono del domicilio del alumno
- Nombre del padre
- Ocupación del padre
- Teléfono celular del padre
- Teléfono de la oficina del padre
- Correo electrónico del padre
- Nombre de la madre
- Teléfono celular de la madre
- Teléfono de la oficina de la madre
- Correo electrónico de la madre
- Nombre de un contacto de emergencia
- Teléfono del contacto de emergencia
- Servicio médico al que pertenece
- CURP
- Cartilla de vacunación
- Tipo de sangre
- Certificado médico


TANIA FUENTES OSORIO

Para dar estricto cumplimiento a la ley federal de transparencia y acceso a la información pública me permito informarle que, la recolección de datos que se nos fueron proporcionados por usted tiene por objetivo la realización del contrato que se firma en cada ciclo escolar dentro de las instalaciones del Colegio en Dirección Inicial, Kinder y Primaria cuya titular y atención la recibe el Personal Directivo y Administrativo del Colegio O'Farrill en un horario de lunes a viernes de las 7:30 a las 15:00 horas.

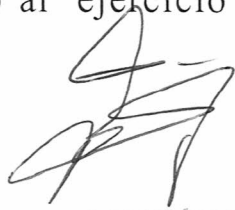
El tratamiento que se le da al contrato con la información proporcionada se resguarda junto con el expediente del alumno en el departamento de control escolar bajo la tutela de la Dirección Técnica de Inicial, Kinder y Primaria durante la vigencia del mismo para consulta de información y/o solicitud de documentos por parte del padre de familia, y cinco años posteriores a su vencimiento como archivo muerto en Administración cuya responsable es el Personal Directivo y Administrativo del Colegio O'Farrill.

Además de la realización del contrato, los datos anteriormente enlistados son utilizados para el registro del alumno antes las instancias correspondientes y para mantener una mejor comunicación con usted a fin de brindarle de forma oportuna los pormenores del aprovechamiento académico de su hijo.

Por tanto, debo hacer de su conocimiento que la información será compartida con la Secretaria de Educación Pública a través de los supervisores, jefes de sector y con la Dirección Operativa de educación a causa de la actividad que desempeño, consistente en la educación básica, para los efectos a continuación descritos:

- Inscripción al sistema integral de educación
- Revalidación de estudios
- Otorgamiento de becas
- Certificación de estudios

Finalmente pero no menos importante, para dar cumplimiento al ejercicio de los derechos arco, hago de su conocimiento que:



TANIA FUENTES OSORIO

En termino de acceso a la información, usted tiene el libre derecho de corroborar personalmente si su información está siendo objeto del tratamiento plasmado en el presente documento, así como el alcance y particularidades del mismo, para lo cual pongo a su disposición a las personas encargadas de las áreas que menciono, y que se localizan en el interior del Colegio O'Farrill.

Por cuanto hace a la rectificación de su información, también le asiste el derecho de que la misma se corrija con la finalidad de actualizarlos, completarlos o precisarlos a consideración suya, para lo cual pongo a su disposición a las personas encargadas de las áreas que menciono, y que se localizan en el interior del Colegio O'Farrill.

La cancelación de su información, es un derecho que le asiste , el cual le permite solicitar en todo momento, la eliminación de sus datos personales, cuando considere que los mismos no están siendo manejados o utilizados conforme a los ocho principios, deberes y obligaciones previstas en la ley.

Cabe mencionar que la oposición es un derecho que consiste en solicitar el cese del tratamiento de la información que usted me proporcionó, cuando una situación específica y personal así lo requiera, para evitarle un daño o para fines específicos y concretos.

Con lo todo lo anterior se pretende dar cumplimiento a la ley federal de transparencia y acceso a la información pública.

Atentamente
María Guadalupe Barrientos Ventosa
Colegio O'Farrill, S.C.



TANIA FUENTES ESQUIVEL

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, OLIVER ALVAREZ FUENTES (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**.
- 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: _____

Nombre y firma de la madre, padre o tutor TANIA FUENTES OSORIO

Fecha: 17/03/2023

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

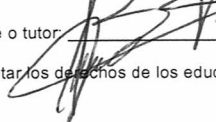
Yo TANIA FUENTES OSORIO, madre, padre o tutor de OLIVER ALVAREZ FUENTES (nombre de la alumna o el alumno) recibí una copia del **Marco para la Convivencia Escolar** de las Escuelas de Educación Básica del Distrito Federal.

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 supervisarlo 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:

 TANIA FUENTES OSORIO

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 CCT: _____

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

Firma del (de la) Director(a) de la escuela _____ Fecha: Agosto 2023.