



SEP

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

AEF MEXICO
AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MEXICO

INS-10

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN O REINSCRIPCIÓN													
CICLO ESCOLAR 2021-2022								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:		Yillalva											
SEGUNDO APELLIDO:		Del Carmen											
NOMBRE(S):		Camila Hazel											
ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO:						ACAPULCA GRO.		CURP:					
FECHA DE NACIMIENTO: AÑO		2012	MES	08	DÍA	26	SEXO:	MASC	<input checked="" type="checkbox"/> FEM	PESO (kg):	27	ESTATURA(m):	1.08
DOMICILIO DEL ALUMNO(A)													
CALLE: Av. San bernabe				No. INT.: 102		o. EXT.: 197		COLONIA: Ind. Betan Norte					
ALCALDÍA O MUNICIPIO: Magdalena Contreras				C.P.: 10100		TEL. DE CASA:							
TEL. PARA RECADOS: 55 51712687 y 86				TEL. CELULAR PARA EMERGENCIAS: 7441060689									
CONDICIÓN DEL ALUMNO(A)													
¿ES DERECHOHABIENTE DE ALGÚN SERVICIO MÉDICO?		<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?		IMSS							
¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO INDÍGENA?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?									
¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?									
¿PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD O CONDICIÓN?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?									
¿PERTENECE A ALGUNA CONDICIÓN MIGRANTE?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	PAÍS:		ENTIDAD:							
¿UTILIZA ACTUALMENTE EL SERVICIO DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN ESPECIAL Y EDUCACIÓN INCLUSIVA? (U.D.E.E.I.)									<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO			
DATOS DEL PADRE, MADRE DE FAMILIA O TUTOR													
NOMBRE DE LA MADRE O TUTOR: Alma Patricia Del Carmen Zuno						FECHA DE NACIMIENTO: 20/05/89							
NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS: Licenciatura		TEL. DE CASA:		TEL. MÓVIL: 7441060689									
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL: ead-patricia@hotmail.com						OCUPACIÓN: Empleada							
EMPRESA: MAC ARQUITECTOS						TEL. OFICINA: 55 5171 2687							
DOMICILIO LABORAL: Aca 201, lindes del pedregal, alvaro obregon c.p. 01900													
¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO INDÍGENA?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?									
¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?									
¿PERTENECE A ALGUNA CONDICIÓN MIGRANTE?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	PAÍS:		ENTIDAD:							
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: Raul Yillalva Rios						FECHA DE NACIMIENTO: 4/10/89							
NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS: Licenciatura		TEL. DE CASA:		TEL. MÓVIL: 7444301831									
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL: r.yillalva@gmail.com						OCUPACIÓN: Ingeniero							
EMPRESA: MAC ARQUITECTOS						TEL. OFICINA:							
DOMICILIO LABORAL:													
¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO INDÍGENA?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?									
¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?									
¿PERTENECE A ALGUNA CONDICIÓN MIGRANTE?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	PAÍS:		ENTIDAD:							

Ciudad de México, 26 de Agosto de 2021.

Por así convenir a mis intereses, por este conducto solicito la inscripción o reinscripción al 4to grado, grupo A 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 identifiqué 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

Alma Patricia Del Carmen Zuno
Nombre y firma de la madre, padre de familia o tutor

LA REALIZACIÓN DE ESTE TRÁMITE ES GRATUITO

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

Yo Alma Patricia Del Carmen Zero madre, padre o tutor de
Camila Hazel Vilalba Del Carmen (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: Alma Patricia Del Carmen Zero

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 Sociedad Civil CCT: 09PPR0736A

Nombre del (de la) Director(a) de la escuela María de Jesús García Salinas

Firma del (de la) Director(a) de la escuela _____ Fecha: Agosto 2021 2 de 2 Pag.

MARCO PARA LA SANA CONVIVENCIA FIRMA Y COMPROMISO ALUMNO Y PADRES

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, _____ (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: Camila Hazel Villalva Del Carmen

Nombre y firma de la madre, padre o tutor Alma Patricia Del Carmen Zero

Fecha: 26 Agosto 2021.



EX-10 CÉDULA DE REFERENCIA DE SALUD DEL ALUMNO

Ciudad de México, 26 de Agosto de 2021

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

Nombre del Alumno(a): Camila Hazel Villalva Del Carmen Grado: 4to Grupo A

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

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

¿Alérgico a algún medicamento?: (si) Indique cuál: _____

¿El alumno(a) presenta algún padecimiento crónico? (si) Indique cuál: _____

¿El alumno(a) toma algún medicamento prescrito por el médico? (si)

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: (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): (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

Alma Patricia Del Carmen Zurro
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 cuáles 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 (SIE 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

Autorización Redes Sociales Comunidad O'Farrill

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

Nombre: Camila Hazel

Apellidos: Villalva Del Carmen

Grado 4to Ciclo 2020-2021, Ciclo 2021-2022 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: Alma Patricia Del Carmen Tuno

Firma Padre y/o tutor: 

DD/MM/AAAA: 26/08/21