



Autorizaciones y Requisitos Comunidad O'Farrill

CICLO 2023-2024

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**. MÓNICA PRISCILA ZAGAL GUERRERO

Nombre y Firma de Padre o Tutor

Autorizaciones:

Apellido Paterno: GUEVARA Apellido Materno: ZAGAL

Nombre (s) del alumno: MÓNICA SOFÍA GUEVARA ZAGAL Grado: _____

1. AUTORIZACIÓN CÉDULA MÉDICA.

En situación de caso de emergencia médica, avisar a los siguientes teléfonos:

Celular: 5539967929 Casa: 5518776465

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: ☒ (no) a la institución que el Seguro AP Escolar de Accidentes determine o (Otro) Describa cuál: HOSPITAL ANGELES DEL PEDREGAL/MEDICA SUR

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, autorizo la 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 (X)

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 del Padre, Madre y/o Tutor: MÓNICA PRISCILA ZAGAL GUERRERO

Firma del Padre, Madre y/o Tutor: 

Fecha: 16 / 08 / 2023
DD / MM / AAAA