



#### 4. Autorizaciones y Requisitos Comunidad O'Farrill

CICLO 2024-2025

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**. \_\_\_\_\_

Nombre y Firma de Padre o Tutor

#### **Autorizaciones:**

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_

Nombre (s) del alumno: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

#### **1. AUTORIZACIÓN CÉDULA MÉDICA.**

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

Celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_

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**, 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 ( )**

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: \_\_\_\_\_

Firma del Padre, Madre y/o Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DD / MM / AAAA