



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