

DOCUMENTOS DE REINSCRIPCIÓN Y NUEVO INGRESO
CICLO ESCOLAR 2022 – 2023

Ciudad de México a _____ de _____ 20_____.

DOCUMENTOS PARA ENTREGAR

Nombre del estudiante: _____ Grado escolar: _____

Nombre del responsable del estudiante: _____

El responsable del estudiante se presentará con la siguiente documentación completa, con letra legible y sin borrones ni tachaduras para el día de su inscripción.

Escuela

Formatos escolares:

- Hoja de datos generales.
- Cédula de referencia de salud del alumno(a).
- Carta de autorización *Formato D3* (Solo para primaria).
- Notificación de actividades extracurriculares.

Documentación probatoria:

- Copia de acta de nacimiento del estudiante (solo nuevo ingreso).
- Copia de CURP del estudiante
- Boleta de calificaciones del ciclo escolar anterior (solo nuevo ingreso)
- Copia de certificado médico.
- Copia de cartilla de vacunación actualizada.
- Copia de INE de mamá, papá o tutor
- Copia de CURP del responsable del menor (mamá, papá o tutor).
- 4 fotografías recientes tamaño infantil del estudiante (color ó b/n)



EDUCACIÓN

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA



AEF MEXICO

AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MEXICO

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN O REINSCRIPCIÓN											
CICLO ESCOLAR 2022-2023								INS	REINS		
NIVEL EDUCATIVO A CURSAR:			PREESCOLAR			PRIMARIA					
ESCUELA: A FAVOR DEL NIÑO								CCT:			
DIRECCIÓN DEL PLANTEL: AV SAN JERONIMO 860											
DATOS GENERALES DEL ALUMNO											
PRIMER APELLIDO:											
SEGUNDO APELLIDO:											
NOMBRE(S):											
ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO:				CURP:							
FECHA DE NACIMIENTO: AÑO		MES	DÍA	SEXO:		PESO (kg):		ESTATURA(m):			
DOMICILIO DEL ALUMNO											
CALLE:				No. INT.:		No. EXT.:		COLONIA:			
DELEGACIÓN O MUNICIPIO:				C.P.:		TEL. DE CASA:					
TEL. PARA RECADOS:				TEL. CELULAR PARA EMERGENCIAS:							
CONDICIÓN DEL ALUMNO											
¿ES DERECHOHABIENTE DE ALGÚN SERVICIO MÉDICO?:			SI	NO	¿CUÁL?						
¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO INDÍGENA?			SI	NO	¿CUÁL?						
¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			SI	NO	¿CUÁL?						
¿PRESENTA ALGUNA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD?			SI	NO	¿CUÁL?						
¿PERTENECE A ALGUNA CONDICIÓN MIGRANTE?			SI	NO	PAÍS:		ENTIDAD:				
¿UTILIZA ACTUALMENTE EL SERVICIO DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN ESPECIAL E INCLUSIVA? (U.D.E.E.I.)								SI	NO		
DATOS DEL PADRE, MADRE DE FAMILIA O TUTOR											
NOMBRE DE LA MADRE O TUTOR:						FECHA DE NACIMIENTO:					
NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS:				TEL. DE CASA:				TEL. MÓVIL:			
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL:						OCUPACIÓN:					
EMPRESA:						TEL. OFICINA:					
DOMICILIO LABORAL:											
¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO INDÍGENA?			SI	NO	¿CUÁL?						
¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			SI	NO	¿CUÁL?						
¿PERTENECE A ALGUNA CONDICIÓN MIGRANTE?			SI	NO	PAÍS:		ENTIDAD:				
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:						FECHA DE NACIMIENTO:					
NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS:				TEL. DE CASA:				TEL. MÓVIL:			
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL:						OCUPACIÓN:					
EMPRESA:						TEL. OFICINA:					
DOMICILIO LABORAL:											
¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO INDÍGENA?			SI	NO	¿CUÁL?						
¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			SI	NO	¿CUÁL?						
¿PERTENECE A ALGUNA CONDICIÓN MIGRANTE?			SI	NO	PAÍS:		ENTIDAD:				

Ciudad de México, _____ de _____ de _____.



EX-10. CÉDULA DE REFERENCIA DE SALUD DEL ALUMNO

Ciudad de México, _____ de _____ de _____ 2022

Escuela: _____ **A FAVOR DEL NIÑO** _____ C.C. T: _____

Nombre del Alumno(a): _____ Grado: _____ Grupo: A

¿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 de emergencia médica, avisar a los siguientes teléfonos: _____ () _____ y _____ () _____

Si el alumno 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 cual:

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 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

Nombre y firma de la madre, padre de familia o tutor

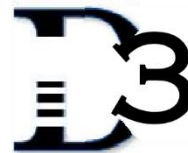
Aviso de Privacidad

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 (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 desea conocer nuestro aviso de privacidad integral, lo podrás consultar en nuestro portal de internet www.gob.mx/aeefcm



ANEXO



ADMINISTRACION FEDERAL DE SERVICIOS EDUCATIVOS EN EL D.F.
DIRECCIÓN GENERAL DE OPERACIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS EN EL D.F.
COORDINACIÓN SECTORIAL DE EDUCACIÓN PRIMARIA
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN PRIMARIA N° 3 EN EL D. F.

CARTA DE AUTORIZACIÓN

ESCUELA: A FAVOR DEL NIÑO

CLAVE:31-1370-339-00-Px -019 y CCT: 09PPR0287M

DIRECTOR PROFRA (A):

PRESENTE

El que suscribe, C. Sr. (a) _____ Padre, Madre o tutor del alumno (a) _____ Inscrito en el _____ grado, grupo: _____ por medio de la presente (SI) (NO), autorizo a usted, para que en el caso de que mi menor hijo (a) sufra algún accidente o requiera atención médica urgente, sea atendido en el Consultorio, Clínica u Hospital más cercano a la Escuela y/o sea canalizado a la institución o instancia con capacidad técnica y profesional necesaria para su atención, así mismo lo faculto o a persona designada por usted, para que autorice el tratamiento de emergencia necesario para atender adecuadamente la urgencia en su caso; solicitado se me comunique de inmediato a los teléfonos:

1. _____ (casa) 2. _____ (trabajo)
3. _____ (familiar) 4. _____ (familiar)

Así mismo, le informo que mi hijo (a) padece _____ y es alérgico a

_____ tipo de sangre _____. También hago de su conocimiento que somos derechohabientes de la siguiente institución de seguridad social:

(IMSS) _____ (ISSSTE) _____ (SSA) _____
anotar el número de clínica u hospital que le corresponda.

OTROS:

_____ Lo
que entero a usted para los fines legales, administrativos y escolares a que haya lugar.

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR



CICLO ESCOLAR 2022- 2023

Notificación de Actividades Extracurriculares

Ciudad de México a _____ de _____ 20_____.

Padres de Familia A Favor del Niño I.A.P.
Presente.

Por este conducto se les informa que las Actividades Extracurriculares que conforman el horario de las 13:00 a las 17:00 horas (Preescolar) y de las 13:00 a las 17:30 horas (Primaria), no están incorporadas a la Secretaría de Educación Pública.

Atentamente.

Dirección Técnica

Autorizo y estoy enterado:

Nombre del alumno (a)

Nombre y firma de la madre, padre o tutor.