

DOCUMENTOS DE REINSCRIPCIÓN Y NUEVO INGRESO CICLO ESCOLAR 2026 – 2027

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).
- Notificación de actividades extracurriculares.
- Carta de autorización de la madre, padre de familia o tutor para la entrega de alumnas y alumnos.
- Carta de aprobación para la aplicación del Protocolo para la protección y cuidado de niñas, niños y adolescentes en la revisión de útiles escolares.
- Procedimiento para la canalización de alumnos a las Autoridades competentes del Gobierno de la Ciudad de México
- Consentimiento para la participación en el programa “Escuelas Sociodeportivas BAFAR”.
- Formato de inscripción al programa Escuelas Sociodeportivas.
- Aceptación del examen de nutrición Abbott + Real Madrid

Documentación probatoria:

- **Copia de acta de nacimiento del estudiante (SOLO NUEVO INGRESO).**
- Copia de CURP del estudiante (**RECIENTE**)
- **Boleta de calificaciones del ciclo escolar anterior (SOLO NUEVO INGRESO)**
- **Baja de alumno, en caso de haber estado inscrito en otra institución educativa.**
- Copia de certificado médico.
- Copia de cartilla de vacunación actualizada. (**COMPLETA**)
- 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 blanco y negro RECIENTES de ESTUDIO FOTOGRAFICO**)

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN O REINSCRIPCIÓN											
CICLO ESCOLAR										INS	REINS
NIVEL EDUCATIVO:			PREESCOLAR			PRIMARIA			SECUNDARIA		
ESCUELA:										CCT:	
DIRECCIÓN DEL PLANTEL:											
C.C.T. DE PROCEDENCIA:											
DATOS GENERALES DEL ALUMNO(A)											
PRIMER APELLIDO:											
SEGUNDO APELLIDO:											
NOMBRE(S):											
ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO:						CURP:					
FECHA DE NACIMIENTO: AÑO		MES		DÍA		SEXO: MASC		FEM		ESTATURA(m):	
PESO (kg):											
DOMICILIO DEL ALUMNO(A)											
CALLE:				No. INT.:				No. EXT.:		COLONIA:	
ALCALDÍA O MUNICIPIO:				C.P.:				TEL. DE CASA:			
TEL. PARA RECADOS:				TEL. CELULAR PARA EMERGENCIAS:							
CONDICIÓN DEL ALUMNO(A)											
¿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 DISCAPACIDAD O CONDICIÓN?			SI	NO	¿CUÁL?						
¿PERTENECE A ALGUNA CONDICIÓN MIGRANTE?			SI	NO	PAÍS:		ENTIDAD:				
¿UTILIZA ACTUALMENTE EL SERVICIO DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN ESPECIAL Y EDUCACIÓN 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 _____.

Por así convenir a mis intereses, por este conducto solicito la inscripción o reinscripción al _____ grado, grupo _____ 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

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

LA REALIZACIÓN DE ESTE TRÁMITE ES GRATUITO



EX-10. CÉDULA DE REFERENCIA DE SALUD DEL ALUMNO

Ciudad de México, _____ de _____ de 20____

Escuela: _____ C.C.T: _____

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

¿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 forma de la madre, del padre 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

Notificación de Actividades Extracurriculares
CICLO ESCOLAR 2026- 2027

Ciudad de México a _____ de _____ 20____

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

Como padre de familia conozco la distribución horaria y por ende la **“Extensión del Servicio por Actividades Extracurriculares”** de **“A FAVOR DEL NIÑO” I.A.P.**, quien cuenta acuerdo de incorporación número **09990098, de fecha 4 de agosto de 1999** otorgado para impartir educación a nivel **PRIMARIA**, en donde **“LAS ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES NO CUENTAN CON VALIDEZ OFICIAL, NO SON EVALUABLES, NO IMPLICAN SUPERVISIÓN ESCOLAR SISTEMÁTICA Y EN CUANTO LA SEGURIDAD DE ALUMNOS ES RESPONSABILIDAD DE LA INSTITUCIÓN Y DE LOS PADRES DE FAMILIA”**.

Atentamente.

Dirección Técnica

Autorizo y estoy enterado:

Nombre y firma de la madre, padre o tutor



CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LA MADRE, PADRE DE FAMILIA O TUTOR PARA LA ENTREGA DE ALUMNAS Y ALUMNOS

La (el) que suscribe C. _____ en calidad de _____ de la alumna(o) _____ inscrita(o) en el _____ grado, grupo _____ de educación _____ y en cumplimiento a lo establecido en el artículo 31 fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como el artículo 129 fracciones I y III de la Ley General de Educación en el que se establece que *“Son obligaciones de quiénes ejercen la patria potestad o la tutela: fracción I. Hacer que sus hijas, hijos o pupilos menores de dieciocho años, reciban la educación preescolar, la primaria, la secundaria...”, fracción III. Colaborar con las instituciones educativas en las que estén inscritos sus hijas, hijos o pupilos en las actividades que dichas instituciones realicen,...”* y en el numeral 30, de la **Guía Operativa para la Organización y Funcionamiento de los Servicios de Educación Básica, para Escuelas Particulares en la Ciudad de México, Incorporadas a la SEP** relativo al ingreso y entrega de alumnos en planteles de educación básica.

Autorizamos para que nuestra(o) hija(o) al término de la jornada escolar se entregue a las siguientes personas debidamente identificadas en la Credencial para Votar.

Nombre completo	Parentesco	Domicilio y no. de teléfono

Por lo anterior, deslindamos al plantel de toda responsabilidad o consecuencias legales.

Atentamente

C. _____

Nombre y firma de la madre, padre o tutor

Nota: La madre, padre de familia o tutor, deberá anezavar copia legible de indentificación oficial vigente.

CARTA DE APROBACIÓN PARA LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO PARA LA PROTECCIÓN Y CUIDADO DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LA REVISIÓN DE ÚTILES ESCOLARES

Ciudad de México, a ____ de _____ 202__

El(la) que suscribe C. _____, en mi calidad de _____ del alumno(a) _____, quien cursa el ____ grado, grupo “____”, del turno _____, de la escuela “_____”, manifiesto que me encuentro enterado(a) que la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México, cuenta con el Protocolo para la protección y cuidado de niñas, niños y adolescentes en la revisión de útiles escolares, el cual es aplicado en los planteles públicos y privados de educación básica como medida de prevención, protección y con total respeto a los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes consagrados en los artículos 3º párrafo quinto, 4º párrafo noveno, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 19 de la Convención Americana de los Derechos Humanos; 3º de la Convención Internacional de los derechos del niño; 2º, 34, 73, 74, de la Ley General de Educación; 2º, 6, 18 de la Ley General de los derechos de las niñas, niños y adolescentes; 3º del Decreto por el que se reforma el diverso que crea la Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal, y se crea la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México, como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Educación Pública; funciones 1 y 30 del numeral VII, apartado funciones, C00 Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México, del Manual de Organización General de la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México.

Atendiendo a lo anterior, y en pleno ejercicio de mi derecho como _____, manifiesto que **AUTORIZO** a las autoridades escolares para que los útiles escolares de mi hija(o) sean revisados, garantizando en todo momento el interés superior de la niñez y adolescencia, y el respeto irrestricto de los derechos de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

Atendiendo a lo anterior, solicito amablemente considerar mi decisión como parte del ejercicio democrático y participativo que como comunidad escolar tenemos.

ATENTAMENTE

C. _____

Nombre, firma y parentesco

Procedimiento para la canalización de alumnos a las Autoridades competentes del Gobierno de la Ciudad de México

Este procedimiento aplica para las (os) alumnas (os) cuyos adultos responsables no acuden a recogerlas (os) al término de la jornada escolar.

De no presentarse la madre, padre de familia, tutor o persona autorizada al término de la jornada escolar correspondiente para recoger a la alumna (o), de acuerdo con los horarios establecidos y teniendo como tolerancia 15 minutos, se solicitará el apoyo a las autoridades correspondientes para que las (os) alumnas (os) sean trasladadas (os) por el personal autorizado a las instalaciones del DIF-CDMX.

Estoy enterada(o)

Nombre y firma de la madre, padre o tutor



“Por mejores mexicanos”

CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA “ESCUELAS SOCIODEPORTIVAS BAFAR”

Por este conducto, Fundación Grupo Bafar, A.C. solicita el consentimiento de madres, padres, tutores o representantes legales de niñas, niños y adolescentes que participen en el programa “Escuelas Sociodeportivas” para que aparezcan en imagen, material fotográfico, audiovisual, video o cualquier medio que pueda dar difusión a la figura de la persona menor de edad, lo anterior para que se pueda publicar en campañas de nuestra fundación, mismas que se difunden, transmiten o se revelan en medios de comunicación o redes sociales en que se plasme y visualice la imagen del niño, niña o adolescente.

Quien suscribe _____, con carácter de padre/madre, tutor, o representante del menor de edad de nombre _____, autorizo y faculto a Fundación Grupo Bafar, A.C., para que difundan, exhiban, reproduzcan y circulen las imágenes de mi menor hijo o hija, durante el periodo en el que el proyecto este vigente.

A U T O R I Z O

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____





FORMATO DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA ESCUELAS SOCIODEPORTIVAS

Nombre completo del alumno:			
Fecha de nacimiento:	DD/	MM/	AA/ Edad:
Nombre del tutor:			
Domicilio:			
Teléfono de emergencia:			
Tipo de seguro del niño (IMSS, ISSSTE, Seguro popular, etc.)			
# de afiliación del seguro:			
Alergias (medicamentos, alimentos, etc.)			
Talla de uniforme (XS, S, M, L, XL)			
Peso (Kg)		Altura (cm)	

Acepto que el menor a mi cargo asista al programa de Escuelas Socio Deportivas de Fundación Grupo BAFAR, con el compromiso de que permanezca durante el tiempo que demande el proyecto, así mismo me comprometo a asistir a la reuniones y actividades a las que se me cite, con el fin de conocer los resultados y el avance que tenga mi hijo/a en las actividades.

Me comprometo a respetar los reglamentos que se me establezcan como tutor del beneficiario y estoy de acuerdo que mi hijo/a puede ser dado de baja del programa al incumplir las normas establecidas, así mismo es de mi conocimiento que con 3 faltas continuas, sin justificación se dará de baja de inmediato del programa.

Cualquier daño que mi hijo/a ocasione en las instalaciones donde se ejerza el programa, deberán ser cubiertas en su totalidad o en conjunto con el resto de los implicados

Nombre y firma de tutor



“Por mejores mexicanos”

ACEPTACIÓN DEL EXAMEN DE NUTRICIÓN ABBOTT + REAL MADRID

Yo _____ madre, padre o tutor del estudiante _____ que está inscrito en el programa de Escuelas Sociodeportivas BAFAR y que pertenece al _____ grado de primaria, grupo _____ estoy informado y de acuerdo que durante el ciclo escolar se realizarán 3 exámenes de nutrición como parte del Programa de la Fundación **Abbott + Real Madrid**. Este examen se realiza utilizando una cinta especial para tomar una medida alrededor de la mitad del brazo de su hijo y compararla con las tablas de crecimiento estandarizadas.

Si al tener los resultados, el departamento de Salud de la Institución me recomienda que mi hija(o) necesita seguimiento nutricional, estoy comprometido a asistir a las sesiones nutricionales que me sean agendadas.

Atentamente

Firma de enterada (o)

Nombre de madre, padre o tutor