

A U T O R I Z A C I O N

Yo _____ padre del

Alumno(a) _____ del grupo _____

Autorizo para que mi hija/hijo y/o tutorado, asista de manera presencial a las instalaciones del plantel, a clases presenciales y recibir asesorías. Me comprometo a respetar las disposiciones sanitarias emitidas por la secretaria de salud y la secretaria de la educación pública, para prevenir la propagación y el contagio del COVID 19.

Manifiesto mi compromiso de:

- a) Revisar diariamente a mi hija/hijo para identificar la presencia de signos y síntomas relacionados con la enfermedad COVID-19 como: malestar general, tos seca, estornudos, dolor de cabeza; fiebre o dificultad para respirar; si presenta alguno de estos síntomas no se le permitira la entrada al plantel y se la llamara por teléfono para que lo recoja y lo lleve a casa.
- b) Matener a mi hija/hijo en casa, en caso de presenter alguno de los síntomas anteriores, llevarlo a recibir atencion medica y notificar al departamento de orientacion educativa via correo electronico de los resultados del diagnostico.
- c) Promover hábitos hygiene y salud que disminuyan la propagación del virus y mantener la sana distancia.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR
