REQUISITOS QUE DEBERÁ CONTENER EL CERTIFICADO MÉDICO

- Podrá ser expedido por cualquier institución de salud o por el servicio médico de su confianza.

- En original y de fecha reciente (máximo 15 días de expedición) con los siguientes datos:

1.- Estado nutricional
2.- Estado visual y auditivo
3.- Estado psicomotriz general
4.- Grupo sanguíneo y rh
5.- Libre de pediculosis
6.- Enfermedades crónicas diagnosticadas.

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

HISTORIA CLINICA ESCOLAR

LA OMISIÓN O FALSIFICACIÓN DE INFORMACIÓN ES BAJO LA RESPONSABILIDAD DEL TUTOR. LOS DATOS PROPORCIONADOS SON CONFIDENCIALES Y NOS SIRVEN PARA VIGILAR EL DESARROLLO FÍSICO, PSICOLÓGICO Y ACADÉMICO DE SU TUTORADO.

CICLO ESCOLAR:	GRADO Y GRUPO:	FECHA DE ELABORACIÓN:

INDICACIONES:

- ✓ SI TIENE ALGUNA DUDA AL RESPONDER ESTE CUESTIONARIO, PUEDE ACUDIR PERSONALMENTE AL ÁREA DE SERVICIO MÉDICO ESCOLAR.
- ✓ EN CASO DE HABER MODIFICACIÓN EN EL ESTADO DE SALUD DEL ALUMNO(A), FAVOR DE NOTIFICAR AL SERVICIO MÉDICO.

NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO (A):_____ SEXO (H) (M)
APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO: _____ /_____ /_____ EDAD ACTUAL:_____AÑOS_____ MESES
DIA MES AÑO

TIPO DE SANGRE DEL ALUMNO: _____

NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR:_____ PARENTESCO:_____

ESTADO CIVIL: _____ DOMICILIO: _____
CALLE NUM

_____MUNICIPIO _____
COLONIA

DATOS PARA EMERGENCIAS: FAVOR DE MANTENER PERMANENTEMENTE ACTUALIZADOS LOS SIGUIENTES DATOS POR EL BIENESTAR DE SU HIJO(A).

DIRECCIÓN: _____

NÚMEROS TELEFÓNICOS: _____ _____ _____

ANTECEDENTES DEL ALUMNO (A): MARQUE CON UNA (X)

ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS QUE PADEZCA EL TUTORADO:

ASMA ( ) DIABETES ( ) CORAZÓN ( ) CÁNCER ( ) COLESTEROL / TRIGLICÉRIDOS ( ) CONVULSIONES ( ) NINGUNA ( )

OTRAS ENFERMEDADES: _____

_____

VE BIEN (SI) (NO) USA LENTES (SI) (NO) OYE BIEN (SI) (NO)

DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA (SI) (NO) CUALES_____

EL ALUMNO ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO (SI) (NO) ESPECIFIQUE: _____

_____

EL ALUMNO PADECE ALGUNA ALERGIA (DIAGNOSTICADA) (SI) (NO) CUÁL O CUALES: _____

_____

EL ALUMNO ES DERECHOHABIENTE DE ALGÚN SERVICIO MÉDICO – MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN

IMSS	(SI) (NO)	SRIA DE SALUD	(SI) (NO)
ISSSTE	(SI) (NO)	MÉDICO PARTICULAR	(SI) (NO)

NÚMERO DE FILIACIÓN:_____

SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL :

ACTUALMENTE EN TERAPIA PSICOLÓGICA O PSIQUIÁTRICA (SI) (NO) MOTIVO _____

IMAGEN CORPORAL: ( ) CONFORME
( ) LE CREA PREOCUPACIÓN
( ) LE IMPIDE RELACIÓN CON LOS DEMÁS

ACTITUD: ALEGRE ( ) AISLADO ( )
TRISTE ( ) ENOJADO ( )
TÍMIDO ( )

SOCIALIZA (SI) (NO) OTRO: _____

A T E N T A M E N T E.

RECIBIÓ:

_____
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RESPONDIÓ ESTE CUESTIONARIO
LOS DATOS QUE DÍ SON VERÍDICOS Y DE MI RESPONSABILIDAD

_____
DR. ARMANDO LOAEZA DIEGO CP. 3548009
MÉDICO ESCOLAR ESC. SEC. TEC. 85

"2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD"

ASUNTO: CARTA DE AUTORIZACIÓN MÉDICA.

OAXACA DE JUÁREZ. OAXACA _____ DE _____ DEL 20_____.

C. PROFR. VÍCTOR MANUEL ROLDÁN RAMÍREZ
DIRECTOR DE LA ESC. SEC. TÉC. 85
P R E S E N T E.

EL QUE SUSCRIBE C. _____ TUTOR (A) DEL ALUMNO (A) _____ DEL _____ GRADO GRUPO_____ AUTORIZO AL PERSONAL DEL SERVICIO MÉDICO DE LA INSTITUCIÓN, PARA QUE DURANTE EL HORARIO DE CLASES O EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES LE BRINDEN PRIMEROS AUXILIOS, SUMINISTREN MEDICAMENTOS CON LOS QUE EL SERVICIO MÉDICO CUENTE EN EL MOMENTO, LE REALICEN CURACIONES EN LOS CASOS QUE ASÍ LO AMERITEN Y PARTICIPE EN TODAS LAS ACTIVIDADES Y/O CAMPAÑAS DE SALUD DENTRO DE LA INSTITUCIÓN.

ASÍ TAMBIÉN A TOMAR LAS MEDIDAS DE URGENCIAS NECESARIAS EN CASO DE QUE PRESENTE ALGÚN SIGNO O SÍNTOMA DE ENFERMEDAD O LESIÓN POR ACCIDENTE QUE REQUIERA SER TRASLADADO A ALGUNA UNIDAD MÉDICA EN TANTO ME LOCALICEN Y ACUDA AL LUGAR DONDE SE ENCUENTREN.

AUTORIZO	*NO AUTORIZO*
_____	_____
FIRMA DEL TUTOR	*FIRMA DEL TUTOR*

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ *TRABAJO:* _____

TELÉFONO CELULAR: _____ *OTRO:* _____

ALUMNO (A) DERECHOHABIENTE A: _____

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: _____

NOTA: *EN CASO DE NO AUTORIZAR, LA INSTITUCIÓN NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS POSIBLES EFECTOS O REPERCUSIONES QUE SE OCASIONEN EN EL ALUMNO (A) POR NO RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA OPORTUNA E INMEDIATA.*

EN CASO DE NO AUTORIZAR ESPECIFIQUE EL MOTIVO: _____

CARTA COMPROMISO DE CORRESPONSABILIDAD DEL ÁREA DE SERVICIO MÉDICO

Oaxaca de Juárez, Oax., a _____ de _____ de 202___.

NOMBRE DEL ALUMNO(A): _____ GRADO: _____ GRUPO: _____

NOMBRE DEL PADRE, MADRE DE FAMILIA O TUTOR: _____

Manifiesto mi compromiso de aceptar el retorno seguro a clases diario de mi hijo(a) o tutorado, comprometiéndome a lo siguiente:

a) **Revisar diariamente** a mi hijo(a) o tutorado para identificar la presencia de signos y síntomas de enfermedades que dificulten el desempeño escolar y promueva el contagio al colectivo escolar.
b) Llevar a mi hijo(a) o tutorado para recibir atención médica oportunamente y seguir las indicaciones de manera correcta.
c) Promover hábitos de vida saludable para prevenir enfermedades en mi hijo(a) o tutorado.
d) Notificar de manera personal al área de Servicio Médico con receta médica, en los casos que mi hijo(a) o tutorado no pueda realizar actividad física, especificando el tiempo de la incapacidad.
e) Para el trámite de justificación de faltas es indispensable presentar de manera personal la receta de atención médica indicando diagnóstico, tratamiento y tiempo de incapacidad en el Departamento de Trabajo Social.

En caso de presentar algún malestar, favor de comunicarse inmediatamente a los siguientes números:

Tel 1: _____
NOMBRE COMPLETO PARENTESCO NÚMERO TELEFÓNICO

Tel 2: _____
NOMBRE COMPLETO PARENTESCO NÚMERO TELEFÓNICO

_____
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL
PADRE, MADRE DE FAMILIA O TUTOR.

CUESTIONARIO DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA

Nos interesa conocer parte de la historia de vida de nuestros alumnos, consideramos que es una pieza importante dentro del proceso psicoeducativo, por ello les solicitamos nos puedan apoyar requisando este formulario, el cual será de mucha utilidad para el área de psicología, ante alguna necesidad específica y sea necesario para su desempeño académico escolar. La información recibida será tratada con discreción.

ALUMNO(A)

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

Fecha y Lugar de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Padecimientos Médicos: _____

¿Cuenta con algún diagnóstico Psicológico? _____ ¿A qué edad fue diagnosticado? _____

¿Qué tratamiento recibió? _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____

FAMILIA

Nombre de la Madre: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Tel. Cel: _____ Domicilio: _____

Nombre del Padre: _____ Edad: _____ Escolaridad:_____

Ocupación: _____ Tel. Cel: _____ Domicilio: _____

Casados. _____ Unión Libre _____ Divorciados. _____ Separados _____ ¿Cuántos hermanos tiene el alumno(a)? _____

¿Por cuántos integrantes está formada la familia del alumno(a)? _____ ¿Quiénes la integran? Enlistar

1.- _____ Rol familiar: _____

2.- _____ Rol familiar: _____

3.- _____ Rol familiar: _____

4.- _____ Rol familiar: _____

5.- _____ Rol familiar: _____

6.- _____ Rol familiar: _____

7.- _____ Rol familiar: _____

DESARROLLO ACADÉMICO

¿El alumno(a) estuvo inscrito en alguna Guardería Infantil, CENDI u otra institución similar? _____

¿En cuál? _____

¿El alumno (a) estuvo inscrito en alguna institución de Educación Especial durante el preescolar o la primaria? _____

Especifique_____

¿El alumno(a) cursó normalmente el preescolar? _____

¿Algún suceso importante durante su desarrollo en esta etapa? _____

_____

¿El alumno(a) cursó normalmente la Primaria? _____

¿Algún suceso importante durante su desarrollo en esta etapa? _____

GENERALIDADES

¿El alumno(a) ha sufrido algún tipo de Violencia? _____ Especificar cuál _____

¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Por qué motivos? _____

¿El alumno(a) tiene algún tipo de padecimiento físico, psicomotriz o psicomotor de forma específica que le dificulte sus aprendizajes de forma natural? _____Especifique _____

¿ha recibido tratamiento? _____

¿El alumno(a) habla alguna lengua o idioma diferente al español?_____ Especifique cuál _____

¿El alumno(a) tiene alguna capacidad o habilidad en donde tenga mayor fortaleza a diferencia de sus compañeros? _____

Especifique cuál _____

¿El alumno(a) tiene alguna actividad extra clase ya sea de tipo académica, artística, recreativa, deportiva, etc.? _____

Especifique cuál _____

DOCUMENTOS ANEXOS

(Solo en caso de ser necesarios y tenerlos)

- Diagnóstico de alguna sintomatología o tratamiento especial que requiera el alumno(a), así como indicar si actualmente se encuentra bajo algún tratamiento médico o recibiendo alguna terapia en este momento.
  (Se solicita anexar únicamente copias para formular su expediente y darle el mejor seguimiento).

A T E N T A M E N T E.

RECIBIÓ:

_____

NOMBRE Y FIRMA DE QUIÉN RESPONDIÓ ESTE CUESTIONARIO
LOS DATOS QUE DÍ SON VERÍDICOS Y DE MI RESPONSABILIDAD

_____

PSIC. BENJAMÍN LÓPEZ SOLÍS
PSICOLÓGO ESC. SEC. TÉC. 85

ESTUDIO SOCIO-ECONÓMICO

INSTRUCCIONES: PADRE DE FAMILIA ANOTAR DE MANERA CORRECTA Y RESPONSABLE LOS DATOS QUE SE LE SOLICITAN. TODOS LOS DATOS QUE PROPORCIONE SON CONFIDENCIALES.

I. DATOS GENERALES:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____
GRADO: _____ GRUPO: _____ TURNO : _____
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: _____
DOMICILIO:_____
_____TELÉFONO: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____
ESCOLARIDAD:_____OCUPACIÓN: _____
INGRESO MENSUAL: _____
LUGAR DE TRABAJO:_____ TELÉFONO: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____
ESCOLARIDAD:_____OCUPACIÓN: _____
INGRESO MENSUAL: _____
LUGAR DE TRABAJO:_____ TELÉFONO: _____
AGREGUE 3 REFERENCIAS DE CONTACTO, PUEDEN SER FAMILIARES O VECINOS, ANOTE NOMBRE Y TELÉFONO.
1.- _____
2.- _____
3.- _____

II. ASPECTOS FAMILIARES:

NOMBRE DEL RESPONSABLE EN CASO DE NO ESTAR CON SUS PADRES:_____
_____ PARENTESCO: _____
MOTIVO: _____
NÚMERO DE HERMANOS: _____ HOMBRES: _____ MUJERES: _____
LUGAR DE NACIMIENTO QUE OCUPA DENTRO DE SUS HERMANOS: _____
SUS HERMANOS TRABAJAN: _____ ESTUDIAN: _____ NI TRABAJAN NI ESTUDIAN: _____
COMO SON LAS RELACIONES DENTRO DE SU FAMILIA: _____
¿EXISTEN PROBLEMAS DENTRO DE LA FAMILIA SI ( ) NO ( ) ¿DE QUÉ TIPO SON?: _____
¿SE LE FACILITA AL JOVEN HABLAR DE SUS PROBLEMAS CON USTEDES?: _____
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES: CASADOS: SI ( ) NO ( ) CIVIL ( ) IGLESIA ( ) UNION LIBRE ( )
DIVORCIADOS ( ) VIUDOS ( )

III. ALIMENTACION:

¿EL ALUMNO (A) CONSUME ALIMENTOS ANTES DE VENIR A LA ESCUELA? SI ( ) NO ( )
MARQUE CON UNA (X) LOS ALIMENTOS QUE CONSUME FRECUENTEMENTE:
LECHE _____ HUEVO _____ PESCADO _____ VERDURAS _____ QUESO _____ CARNE _____ FRUTA _____
CEREALES _____ OTROS _____

IV. INTEGRACION FAMILIAR:

ANOTAR LOS NOMBRES DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA MISMA CASA:

NOMBRES	ESTADO CIVIL	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

V. CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

LA CASA QUE HABITAS ES: PROPIA ( ) RENTADA ( ) PRESTADA ( )
TIPO DE CONSTRUCCIÓN: MUROS DE TABIQUE ( ) ADOBE ( ) OTROS:_____
TECHO DE: TEJAS ( ) LAMINA GALVANIZADA ( ) LAMINA DE ASBESTO ( ) CONCRETO ( )
PISOS DE: TIERRA ( ) CEMENTO ( ) LADRILLO ( ) OTROS: _____
LA FAMILIA POSEE LOS SIGUIENTES APARATOS ELÉCTRICOS: RADIO ( ) T.V. ( ) PLANCHA ( ) LICUADORA ( )
REFRIGERADOR ( ) OTROS: _____

¿CON QUÉ SERVICIOS CUENTA LA VIVIENDA?: ENERGÍA ELÉCTRICA( ) INTERNET( ) DRENAJE( ) FOSA SÉPTICA ( )
AGUA POTABLE ( ) POZO ( ) OTROS: _____

VI. ÁREA ESCOLAR:

¿EL ALUMNO TRABAJA? SI ( ) NO ( ) LUGAR DE TRABAJO _____
¿CUÁL ES EL TRANSPORTE QUE UTILIZA PARA LLEGAR A LA ESCUELA? AUTOMÓVIL ( ) AUTOBÚS ( ) TAXI ( )
BICICLETA ( ) CAMINANDO ( ) OTROS: _____
¿ASISTE A LA ESCUELA POR VOLUNTAD PROPIA?: SI ( ) NO ( ) POR PRESIÓN FAMILIAR: SI ( ) NO ( )
OTROS MOTIVOS: _____
¿TIENE PROBLEMA CON ALGUNA ASIGNATURA EN ESPECIAL? SI ( ) NO ( ) ¿CUÁL?: _____
¿POR QUÉ? _____
¿SUS MAESTROS LO MOTIVAN PARA ESTUDIAR? _____
¿HA REPETIDO O REPROBADO ALGUN AÑO DE ESCOLARIDAD?: SI ( ) NO ( ) ¿QUE GRADO?: _____
¿ES ALUMNO BECADO?: SI ( ) NO ( ) ¿A QUE DEPENDENCIA PERTENECE LA BECA?: _____
¿CON CUÁNTAS MATERIAS NO ACREDITADAS SE INSCRIBE?_____ ¿CUÁLES SON?: _____
_____
EL ALUMNO CUENTA CON: COMPUTADORA ( ) TABLET ( ) CELULAR ( )

VII. SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL Y SALUD:

¿EL ALUMNO HA ASISTIDO A TERAPIA PSICOLÓGICA?: SI ( ) NO ( )
¿CUÁL FUE EL MOTIVO POR EL QUE ASISTIÓ A TERAPIA PSICOLÓGICA? :_____
_____
EN RELACIÓN A SU IMAGEN CORPORAL: ESTÁ CONFORME ( ) LE CREA PREOCUPACIÓN ( )
LE IMPIDE RELACIONARSE CON LOS DEMÁS ( )
SU ACTITUD ES: ALEGRE ( ) TRISTE ( ) TÍMIDO ( ) AISLADO ( ) ENOJADO ( )
¿SOCIALIZA CON FACILIDAD? SI ( ) NO ( )
¿ES DERECHOHABIENTE DE ALGÚN SERVICIO MÉDICO? SI ( ) NO ( ) CUÁL: IMSS ( ) ISSSTE ( )
SRIA. DE SALUD ( ) TRADICIONAL ( ) MEDICO PARTICULAR ( ) OTROS: _____
¿QUÉ ENFERMEDAD PADECE CON MAS FRECUENCIA?: _____
¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA DIAGNOSTICADA? ANOTELA _____
_____

VIII. ASPECTO CULTURAL:

¿EN QUÉ OCUPA SU TIEMPO LIBRE? _____
¿PRÁCTICA ALGÚN DEPORTE? SI ( ) NO ( ) ¿CUÁL? _____
PASATIEMPOS FAVORITOS: IR AL CINE ( ) ESTUDIAR ( ) IR A LA BIBLIOTECA ( ) ESCUCHAR MÚSICA ( )
VER TELEVISIÓN ( ) OTROS: _____
¿HABLA OTRO IDIOMA? SI ( ) NO ( ) ¿CUÁL? _____

ELABORE UN CROQUIS CON LA UBICACIÓN DE SU CASA SEÑALANDO UNA CALLE PRINCIPAL.

OAXACA DE JUÁREZ, OAX., _____ DE _____DEL _____.

_____ _____
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO(A) NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL(A) TRABAJADOR(A) SOCIAL.

Oaxaca de Juárez, Oax.		
DIA	**MES**	**AÑO**

RESPONSIVA SOBRE EL USO DEL TELÉFONO CELULAR Y OTROS APARATOS ELECTRÓNICOS

PROFR. VÍCTOR MANUEL ROLDÁN RAMÍREZ
DIRECTOR DE LA ESC. SEC. TÉC. N.85
P R E S E N T E

Los que suscribimos		
Tutor(a) del Alumno(a)		
Alumno(a)		**Grado y Grupo**

En observancia a lo señalado en el Marco para la Convivencia Escolar vigente, NOS COMPROMETEMOS a:

- Supervisar el uso correcto de la tecnología que pueda estar al alcance de mi hijo(a), ejemplo: computadora, teléfono celular, tableta electrónica, etc., para prevenir y evitar ciertos conflictos que se pudiesen generar por el uso inadecuado en perjuicio de sí mismo y de terceras personas.
- Revisar periódicamente la información que mi hijo (a) pudiese compartir o recibir (fotos, videos, mensajes de texto, publicaciones, invitaciones, mensajes en el correo electrónico, imágenes, etc.) en las redes sociales (WhatsApp, Facebook, YouTube, Instagram, etc.) y en caso de constituir algún delito, darle parte a la autoridad correspondiente.
- Deslindar de toda responsabilidad a la institución educativa de las consecuencias que resulten en caso de que mi hijo (a) incurriera en el uso inadecuado del teléfono celular o tableta electrónica dentro de la escuela y por el uso externo de éstos aparatos o redes sociales, sabedor de que en el Marco para la Convivencia Escolar se estipula; **NO ESTÁ AUTORIZADO** el uso y la portación de estos aparatos electrónicos, en tales casos me haré responsable de la reparación del daño o lo que corresponda con respecto a la falta que se pudiese presentar.
- Mi hijo(a) dejará en casa el teléfono celular, tableta electrónica, reproductor de música, audífonos o cualquier articulo electrónico que lo distraiga de sus actividades educativas. Así como objetos personales de valor, ejemplo: pulseras, esclavas, cadenas, aretes y dinero en cantidades no propias para un escolar. Evitando así problemas como distracción, bajo rendimiento y los riesgos personales que estos artículos conlleven.
- Me comprometo a revisar constantemente la mochila de mi hijo (a), compartiendo con la institución la responsabilidad que se necesita para que estos objetos no sean causa de bajo rendimiento escolar.
- La institución educativa no se hará cargo de intervenir en alguna situación con respecto al uso de redes sociales o aparatos electrónicos.

Estamos conscientes de que la Institución, **NO SE HACE RESPONSABLE** del extravío, deterioro o mal uso que se le dé a los artículos antes mencionados en caso de no cumplir con la presente responsiva.

RESPETUOSAMENTE

Nombre y firma del tutor(a)

Nombre y firma del alumno(a)

COMPROMISO DE CORRESPONSABILIDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA CON LA EDUCACIÓN DE SU HIJO O HIJA

Yo, _____, responsable de
NOMBRE DE LA MADRE, PADRE O TUTOR
_____, recibí una copia del ***Marco para la Convivencia Escolar*** de la Escuela Secundaria Técnica No. 85.
NOMBRE DEL ALUMNO (A)

Conozco y entiendo cual es el comportamiento que se espera de mi hijo (a) y comprendo que mi participación en su educación le ayudará a tener un mejor desempeño en la escuela.

He leído este ***Compromiso Corresponsabilidad*** y me comprometo a hacer todo lo posible para cumplir con las siguientes responsabilidades:

- Motivar a mi hijo (a) para que sea un miembro pacífico y respetuoso dentro de la comunidad escolar.
- Comentar con mi hijo (a) ***el Marco para la Convivencia Escolar,*** las faltas y medidas disciplinarias.
- Participar en las reuniones a las que me convoque la escuela como madre o padre de familia o tutor, y en los programas y actividades en las que mi hijo (a) esté involucrado (a).
- Asegurarme que mi hijo(a) llegue puntual a la escuela todos los días y con todos los materiales básicos necesarios para un buen desempeño.
- Tener un trato respetuoso con docentes, directivos y personal de la escuela y evitar cualquier expresión denigrante, ya sea física o verbal, a los miembros de la comunidad escolar.
- Proporcionarle a mi hijo (a) un espacio tranquilo para que haga sus tareas, apoyarlo (a) y supervisarlo (a) para que cumpla con sus trabajos escolares.
- Organizar la vida familiar de modo que mi hijo (a) pueda cumplir con horarios de descanso adecuados a su edad.
- Destinar al menos 20 minutos al día leyendo con mi hijo (a).
- Escuchar a mi hijo (a) lo que quiera relatar de su experiencia diaria en la escuela.
- Proporcionar a la escuela todos los datos personales de mi hijo (a) de manera veraz al momento de inscribirlo en la escuela, así como los números telefónicos e información para contactarme en caso de emergencia.
- Proporcionar a la escuela información de la salud de mi hijo (a) y notificar expresamente en caso de presentar alguna enfermedad crónica o impedimento para realizar cualquier actividad física o bien, que requiera atención especial.
- Justificar las inasistencias de mi hijo (a) a la escuela de manera oportuna y adecuada.
- Avisar a la escuela si hay algún cambio significativo en la salud o bienestar de mi hijo (a) que afecte su habilidad para atender la escuela.
- Colaborar con la escuela en la atención de los problemas que afecten a mi hijo (a).

Oaxaca de Juárez, Oaxaca; a _____ de _____ del año _____.

_____
Nombre completo y firma de la
madre, padre o tutor

COMPROMISO DEL ALUMNADO A FAVOR DE UNA CONVIVENCIA ESCOLAR PACÍFICA

Yo, _____, manifiesto ante mi madre, padre o
NOMBRE DEL ALUMNO (A)
tutor que: conozco **el Marco para la convivencia escolar** y comprendo por qué debo respetarlos.

En relación a mi conducta sé que tengo derecho a:

- Que se me presente y explique el **Marco para la Convivencia Escolar,** así como que conducta mía contribuye a una convivencia pacífica y que comportamiento mío es contrario a la convivencia y puede tener una consecuencia disciplinaria.
- Recibir apoyo y orientación del personal de la escuela en relación a mi comportamiento.
- Tener un trato justo y respetuoso cuando cometa una falta que amerite una medida disciplinaria.

Yo me comprometo a:

- Respetar los derechos y la dignidad de los demás.
- Cumplir con lo establecido en el **Marco para la Convivencia Escolar.**
- Compartir diariamente con mis padres lo que viví y aprendí en la escuela.
- Aceptar las medidas disciplinarias que correspondan como consecuencia de una conducta contraria a la convivencia pacífica.

He comentado esto con mis padres y estoy de acuerdo en asumir y cumplir este compromiso.

Oaxaca de Juárez, Oaxaca; a _____ de _____ del año _____.

_____
Nombre y firma del alumno