

Torreón Coah. _____ de _____ de 2024

Ciclo de ingreso:	2024-1
Semestre:	
Grupo:	
Especialidad:	
Turno:	



Solicito la reinscripción de mi hijo (a) con el compromiso de estar al pendiente de su educación y así como cumplir en tiempo y forma tanto con los acuerdos de convivencia, como aquellos derivados de las juntas con autoridades del plantel. De no cumplir con las condiciones expuestas, acatare las medidas disciplinarias a las que me haga acreedor.

Expreso que los datos aquí suministrados son verídicos, y en mi calidad de tutor del alumno los expreso libremente con el fin de realizar la vinculación académica

DATOS GENERALES DEL ALUMNO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE		CURP	
CORREO ELECTRONICO ALUMNO			TELEFONO ALUMNO			TUTOR ESCOLAR	
FEMENINO	MASCULINO	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	* DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA		

DATOS DE PADRE Y/O TUTORES

NOMBRE PADRE		CORREO ELECTRONICO		TELEFONO		ESCOLARIDAD		OCUPACIÓN	
NOMBRE MADRE		CORREO ELECTRONICO		TELEFONO		ESCOLARIDAD		OCUPACIÓN	
FAMILIAR AUTORIZADO		PARENTESCO		TELEFONO DE CASA		TELEFONO PERSONAL		TELEFONO EMERGENCIA	

* EN CASO DE DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: DIAGNÓSTICO MÉDICO () OTRO ESPECIFIQUE :

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO



FOTO DEL
ALUMNO
RECIENTE
B/N O A
COLOR

ORIENTACIÓN EDUCATIVA FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Torreón Coahuila, _____de_____2024

ESTE INSTRUMENTO SERÁ UTILIZADO PARA CUALQUIER TIPO DE EMERGENCIA, POR LO TANTO, SE REQUIERE DE INFORMACION VERAZ, SI DESCONOCES ALGÚN DATO CONSULTALO CON TU PADRE O TUTOR.

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

NOMBRE DEL ALUMNO:

SEMESTRE: _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRES _____
GRUPO: _____ ESPECIALIDAD: _____

CURP: _____ EDAD: _____ TELÉFONO: _____

DOMICILIO
CALLE: _____

No EXTERIOR: _____ No INTERIOR: _____ C.P. _____
COL. _____ LOCALIDAD o MUNICIPIO: _____

PRACTICAS ALGÚN DEPORTE: SI () NO ()
¿CÚAL? _____

¿TIENES ALGUNA ENFERMEDAD? SI () NO ()
¿CÚAL? _____

¿TIENES ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO? SI () NO ()
¿CUAL? _____

SÍ ES: SI. TRAER DIAGNÓSTICO MÉDICO ACTUALIZADO.





FOTO DEL
TUTOR

DATOS DEL TUTOR

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: _____

TEL. DEL TRABAJO: _____

CELULAR: _____

FOTO
CONTACTO 1

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTO 1 COMUNICARSE CON:

PARENTESCO: ____ TEL. CASA: _____ CELULAR: _____

FOTO
CONTACTO 2

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTO 2 COMUNICARSE CON:

PARENTESCO: _____ TEL. CASA: _____ CELULAR: _____

NOMBRE y FIRMA DEL TUTOR _____

NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO _____

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS DE NÚMEROS TELEFÓNICOS ES OBLIGATORIO LLENARLOS
(TIENEN QUE SER DIFERENTES) SÍ CAMBIAN DE TELÉFONOS FAVOR DE ACTUALIZARLOS EN
ORIENTACIÓN EDUCATIVA





Torreón Coah., a _____ de _____ de 2024.

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN

Por medio de la presente y de conformidad con la Ley Federal del Derecho de Autor, autorizo al CETis 59 para usar fotografías o videograbaciones que incluyan mi imagen, en campañas, promocionales y demás material de apoyo que se consideren pertinentes para difusión y promoción del CETis 59 y que se distribuyan en el país por cualquier medio, ya sea impreso, electrónico o de otro tipo. Asimismo, con fundamento en los artículos 86, 87 y 88 de la Ley Federal del Derecho de Autor, es mi deseo expresar que esta autorización es voluntaria y totalmente gratuita, por lo tanto CETis 59 es libre de utilizar, reproducir, transmitir, retransmitir, mostrar públicamente, crear otras obras derivadas de mi imagen en las campañas de promoción que se realice por cualquier medio, así como la fijación de la citada imagen en proyecciones, videos, gráficas, textos, filminas y todo el material suplementario de las promociones y campañas, estableciendo que se utilizará única y exclusivamente para los fines señalados.

NOMBRE DEL ALUMNO

GRUPO Y ESPECIALIDAD

TURNO

FIRMA DEL TUTOR



CARTA DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACION DEL REGLAMENTO ESCOLAR

Torreón Coah., a _____ de _____ de 2024.

C. Violeta Adriana Juárez Jáuregui
Director CETis 59
C.C.T. 05DCT0059B

PRESENTE

(La o el) que suscribe C. _____, en mi
calidad de _____ de (la o el) estudiante _____
_____, quien cursa el ___ semestre, Grupo __, Especialidad _____,
del turno _____,

del plantel educativo CETis 059 manifiesto que he leído y comprendido el **PROTOCOLO PARA LA CONVIVENCIA ARMÓNICA DEL ESTUDIANTADO EN LOS PLANTELES FEDERALES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR**, el **PROTOCOLO PARA LA PROTECCIÓN Y CUIDADO DEL ESTUDIANTADO EN LA REVISIÓN DE ÚTILES ESCOLARES EN LOS PLANTELES FEDERALES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR** y los **PROTOCOLOS DE SEGURIDAD PARA LOS PLANTELES FEDERALES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR** los cuales son aplicados como guía de referencia para generar ambientes que propicien la convivencia pacífica y segura entre el estudiantado e integrantes de la comunidad educativa, con un enfoque integral, transversal y con perspectiva de derechos humanos, con igualdad sustantiva que garantice el respeto a la dignidad humana, consagrados en los artículos 1o. y 3o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 12, 15, 72, 73, 74 y 78 de la Ley General de Educación, y 2, 6, 18 y 57 de la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

Atendiendo a lo anterior, y en pleno ejercicio de mi derecho como _____, manifiesto que conozco y acepto lo establecido en el **PROTOCOLO PARA LA CONVIVENCIA ARMÓNICA DEL ESTUDIANTADO EN LOS PLANTELES FEDERALES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR**, el **PROTOCOLO PARA LA PROTECCIÓN Y CUIDADO DEL ESTUDIANTADO EN LA REVISIÓN DE ÚTILES ESCOLARES EN LOS PLANTELES FEDERALES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR** y los **PROTOCOLOS DE SEGURIDAD PARA LOS PLANTELES FEDERALES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR**.

ATENTAMENTE

C. _____
(Nombre, firma y parentesco)



CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA OPERATIVO MOCHILA

Torreón Coah., a _____ de _____ de 2024.

C. Violeta Adriana Juárez Jáuregui
Director CETis 59
C.C.T. 05DCT0059B

P R E S E N T E

AUTORIZACIÓN DE PERMISO DE MADRES Y PADRES DE FAMILIA, TUTORES, CUIDADORAS Y CUIDADORES PARA EL DESARROLLO DEL "PROTOCOLO PARA LA PROTECCIÓN Y CUIDADO DEL ESTUDIANTADO EN LA REVISIÓN DE ÚTILES ESCOLARES EN LOS PLANTELES FEDERALES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR"

(La o el) que suscribe C. _____, en mi calidad de _____ de (la o el) estudiante _____, quien cursa el _____ semestre, Grupo _____, Especialidad _____, del turno _____, del plantel educativo CETis 059 manifiesto que me encuentro enterado(a) que la Subsecretaria de Educación Media Superior, cuenta con el **Protocolo para la protección y cuidado del estudiantado en la revisión de útiles escolares en los planteles federales de educación media superior** el cual es aplicado en los planteles de la Dirección General de Educación Tecnológica, Industrial y de Servicios de la Subsecretaría de Educación Media Superior como medida de prevención, protección y con total respeto a los derechos humanos del estudiantado, consagrados en los artículos 3º párrafo quinto, 4º párrafo noveno, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 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.

Atendiendo a lo anterior, y en pleno ejercicio de mi derecho como _____, manifiesto que autorizo a las autoridades escolares a que los útiles escolares de mi hija, hijo o pupilo sean revisados por el comité revisor.

A T E N T A M E N T E

C. _____
(Nombre, firma y parentesco)



PROTOCOLO DE SEGURIDAD

CÉDULA DEL ESTUDIANTE		
Plantel:	CETis 059	
Nombre del Estudiante:		
Dirección:	Calle Mayela SN Col Ampl Margaritas Torreón Coah.	
Teléfono de contacto 1:		
Teléfono de contacto 2:		
Teléfono de contacto 3:		
Grupo:	Grupo:	Especialidad:
Padecimientos, alergias o enfermedades crónicas:		
Medicamentos que toma de manera permanente:		
Impedimentos:		
Tipo de Sangre:		

NOTA: PARA LA ENTREGA DE ESTA PAPELERIA PASAR PRIMERO A CONTRALORÍA POR UN COMPROBANTE DE PAGO DEL SEMESTRE A CURSAR.