



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS (CECYT 9)
"JUAN DE DIOS BÁTIZ"



CONSENTIMIENTO DEL PADRE, MADRE O TUTOR PARA QUE EL ALUMNO (A)
ASISTA A REALIZAR ACTIVIDADES ACADÉMICAS EN LAS INSTALACIONES.

CDMX, ____ de _____ de 2021

M. EN E. MARTHA OTILIA HERNÁNDEZ VERA
DIRECTORA DEL CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS (CECYT 9)
"JUAN DE DIOS BÁTIZ"
DEL INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
PRESENTE

Por medio de la presente, autorizo a mi hijo (a):

del grupo _____; con número de boleta _____.

para que asista un día por semana a las actividades académicas programadas por el Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos (CECyT 9) "Juan de Dios Bátiz", en el marco del Programa Escalonado Humano de Regreso a Clases para el actual semestre (22/1; agosto 2021 - enero 2022), consciente de que la escuela implementará todas las medidas sanitarias a su alcance, a fin de minimizar el riesgo de transmisión de la COVID 19 propiciando un entorno seguro para los estudiantes y que, de manera responsable, yo como padre de familia (padre, madre o tutor) no le permitiré acudir a la escuela ante la presencia de cualquier síntoma leve o moderado de resfriado común o asociado a COVID 19.

Firmo la presente autorización de manera libre, sabiendo que la escuela requiere tener el conocimiento del número de alumnos que asistirán bajo un esquema híbrido para programar de la mejor manera las actividades académicas y con el pleno conocimiento de los riesgos y beneficios inherentes a la reapertura gradual de los espacios educativos.

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

NOTA: El presente documento no será aceptado si no está acompañado de la copia de la credencial de elector del padre, madre o tutor.

Deberás adjuntar y enviar ambos documentos escaneados en pdf en el siguiente formulario:

<https://forms.gle/rqUDNxLokZcB9qu47>