# 

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ESCUELA NACIONAL PREPARATORIAPLANTEL ( 9 ) “PEDRO DE ALBA ” **PERMISO DE ASISTENCIA A**  **PRÁCTICAS ESCOLARES Y VISITAS GUIADAS**  **2024-2025** |  |

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO(A)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre |  |  |  |
|  | Apellido paterno | Apellido materno | Nombre (s) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. de cuenta |  | Grupo |  | Tipo Sanguíneo | **/** Rh |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domicilio |  |  |  |  |  |
|  | Calle |  | No. Exterior e Interior |  | Colonia |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| C. P. |  | Delegación |  | Teléfono (s) |

|  |
| --- |
| **Nota:** Si el alumno padece alguna alergia, enfermedad crónica o está bajo tratamiento médico, favor de notificarlo al profesor y anotar estos datos en el espacio de Observaciones. |

|  |  |
| --- | --- |
| Observaciones |  |
|  | |

### AUTORIZACIÓN DEL PADRE O TUTOR

El que suscribe, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_padre, madre ó tutor

del alumno (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ inscrito en el grupo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizo que mi hijo(a) asista a la práctica ( ) visita guiada ( ) que se realizará a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

el día \_\_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas.

con el siguiente objetivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

el cual está relacionado con el (los) tema (s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de la

asignatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, correspondiente al plan de estudios vigente.

En caso de emergencia comunicarse a los teléfonos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

LA ASISTENCIA A LA ACTIVIDAD ES OPCIONAL, PODRÁ SER SUSTITUIDA POR UNA ACTIVIDAD EQUIVALENTE Y LA INASISTENCIA NO DEBERÁ AFECTAR LAS CALIFICACIONES DE LOS ALUMNOS.

**EL ALUMNO DEBERÁ PORTAR SU CREDENCIAL DE LA UNAM O DEL PLANTEL, ASÍ COMO SU CARNET MÉDICO VIGENTE. ÉSTE FORMATO DEBE ESTAR ACOMPAÑADO DE FOTOCOPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL PADRE O TUTOR DONDE APAREZCA SU FIRMA.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR |  | NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO |

México, CDMX a \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_.

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ESCUELA NACIONAL PREPARATORIAPLANTEL ( 9 ) “PEDRO DE ALBA ” **SOLICITUD / AUTORIZACIÓN**  **DE PRÁCTICA ESCOLAR O VISITA GUIADA**  **2024-2025** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Profesor responsable: Nombre completo |  | Firma |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Profesor coadyuvante: Nombre completo |  | Firma |

Lugar de visita o práctica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Día:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hora de salida del plantel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de llegada al plantel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hora de inicio de la actividad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de término de la actividad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Objetivo(s):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

el (los) cual (es) está (n) relacionado (s) con el (los) tema (s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la asignatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ correspondiente al plan de estudios vigente.

La asistencia no es obligatoria, si el alumno (a) no puede asistir, podrá cubrir el objetivo con la siguiente actividad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Costo total de la actividad | $ |  | en el cual está incluido: |
| Transporte | $ |  |  |
| Ingreso a museos o sitios arqueológicos | $ |  |  |
| Otros gastos (especificar) | $ |  |  |

El lugar de reunión para las salidas y llegadas de las prácticas autorizadas por la subcomisión de prácticas escolares y visitas guiadas, es exclusivamente la puerta principal del plantel. Los padres de familia deberán estar presentes.

**Notas**

**Se debe anexar:**

**a) Proyecto**

**b) Itinerario**

**c) Lista de alumnos asistentes**

**d) Ubicación de los lugares de atención de emergencias cercanos al lugar que se visitará.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Fecha de solicitud Firma del solicitante

**LA SUBCOMISIÓN DE PRÁCTICAS ESCOLARES Y VISITAS GUIADAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Secretario Académico |  | Jefe de la Unidad Administrativa |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | | |
| Consejero Interno | |  | Coordinador del Colegio | | |
|  |  | | |  |
|  | Miembro de la Comisión Local de Seguridad | | |  |

Fecha de aprobación México, CDMX \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.