



INSTITUTO PLANCARTE DE QUERÉTARO, A.C.
FLORENCIO ROSAS No. 1 COLONIA CIMATARIO, SANTIAGO DE
QUERÉTARO, QRO.
"Valor y confianza"
Tels. 2-12-00-68, 2-14-27-50 y 3-40-77-37
www.plancarteqro.edu.mx



QUERÉTARO, QRO., A _____ DE _____ DEL 2022.

LIC. MARIA ELENA MARES QUESADA.
DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO "PLANCARTE" DE QUERÉTARO.
PRESENTE.

POR ESTE CONDUCTO YO: _____
(NOMBRE COMPLETO DEL PADRE O TUTOR)

AUTORIZO QUE MI HIJO (A) _____
(NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO(A))

QUE ACTUALMENTE CURSA EL _____ GRADO DE EDUCACIÓN _____
(ESPECIFICAR LA SECCIÓN)

EN EL GRUPO DE: _____.

TELÉFONO DE CONTACTO 1: _____

TELÉFONO DE CONTACTO 2: _____

ASISTA A CLASES PRESENCIALES EN LAS INSTALACIONES DEL INSTITUTO "PLANCARTE" DE QUERÉTARO, UBICADO EN FLORENCIO ROSAS No. 1 COL. CIMATARIO.

SOY CONSCIENTE QUE EL PRIMER FILTRO SE REALIZA EN CASA, **POR LO QUE ME COMPROMETO**, POR EL BIENESTAR DE MI HIJO(A) Y DE SUS COMPAÑEROS, A **EVITAR ENVIARLO A LA ESCUELA CON SÍNTOMAS DE COVID-19 COMO: OJOS LLOROSOS, FIEBRE, ESCURRIMIENTO NASAL, ESTORNUDOS, CUERPO CORTADO, PÉRDIDA DEL OLFATO O GUSTO, DOLOR DE CABEZA, DIARREA, TOS SECA O DIFICULTAD PARA RESPIRAR.**

LO DEJARÉ EN CASA SI PRESENTA CUALQUIERA DE LOS SÍNTOMAS ANTERIORES, LLEVÁNDOLO A REVISIÓN MÉDICA ANTE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA. COMPROMETIÉNDOME A ATENDER LAS RECOMENDACIONES DEL PERSONAL DE SALUD Y NOTIFICAR A LA ESCUELA VÍA TELEFÓNICA, LOS RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO MÉDICO.

EN EL ENTENDIDO DE QUE SI POR ALGÚN MOTIVO PASAN DESAPERCIBIDOS LOS SÍNTOMAS Y SE MANIFIESTAN EN EL TIEMPO DE ESTANCIA EN EL PLANTEL, MI HIJO SERÁ RESGUARDADO EN EL SITIO DISPUESTO, MIENTRAS ME TRASLADO A RECOGERLO, A LA BREVEDAD.

SIN OTRO PARTICULAR ME ES GRATO QUEDAR A SUS ÓRDENES.

A T E N T A M E N T E

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR