

CARTA COMPROMISO

Celaya, Gto., a ____ de _____ de 202__.

A través de la presente yo _____ tutor del menor, me comprometo y estoy de acuerdo a cubrir las cuotas de recuperación completas como lo marca la ley de ingresos del municipio de Celaya, gto. los primeros 5 días hábiles de cada mes cubriendo los 12 meses (Enero a Diciembre), llegar temprano a dejar antes de las 8:45a.m y recogerlo antes de las 4:00p.m a mi hijo (a) _____ en esta estancia infantil "Las Insurgentes", así mismo también me comprometo a desarrollar y cumplir con el reglamento interno y externo de la institución, entregar la documentación que me soliciten en tiempo y forma (carta de trabajo cada 6 meses), pañalera completa y con todo marcado, apoyar a la maestra en el desarrollo, nutrición y educación de mi hijo (a), avisar cuando mi hijo (a) este enfermo para no contagiar a los demás niños y que tenga reposo en mí casa, no ser un padre o madre problemático (a) o agresivo (a), entregar el material que me soliciten, asistir a juntas y actividades de coordinación educativa, dirección y con las asistentes educativas para tener una mejor educación de calidad, cumplir con las normas higiénicas y de filtro, avisar en dirección alguna anomalía o problema que pase con mi hijo (a); de no cumplir con este compromiso estoy de acuerdo que se me asigne una sanción, como suspensión temporal o definitiva de mi hijo (a) dependiendo la falta que cometí.

ATENTAMENTE

"Por una educación de calidad y calidez"

NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR

Vo.Bo. RESPONSABLE DEL PREESCOLAR Y LA ESTANCIA
"LAS INSURGENTES"

Celaya
¡Es de todos!

Coordinación de Educación y Desarrollo Infantil

ACUSE DE RECIBIDO Y ENTREGA DEL REGLAMENTO INTERNO DEL CENTRO ASISTENCIAL DE
DESARROLLO INFANTIL

CARTA COMPROMISO

ESTANCIA INFANTIL INSURGENTES

Reconozco haber recibido copia del reglamento interno del control asistencial de Desarrollo Infantil "INSURGENTES", que detalla varios artículos que normalizan los procedimientos de la estancia y sus beneficiarios. Y me comprometo igualmente a leerlo y estudiar las normas del mismo. Por lo tanto, entiendo que seré responsable de familiarizarme con toda la información que este contiene. Que soy responsable de cumplir con los artículos que debo cooperar con las indicaciones que aquí se exprese.

Así como cumplir en tiempo y forma el pago de la cuota de recuperación.

Nombre del niño / niña _____

Nombre del padre, madre o tutor. _____

Firma _____ Fecha _____

"LAS INSURGENTES"

FICHA DE REGISTRO

FOTOGRAFIA DEL PAPÁ

FOTOGRAFIA DE LA MAMÁ

FOTOGRAFIA DEL NIÑO/ NIÑA

FOTOGRAFIA DE LA PERSONA AUTORIZADA

FOTOGRAFIA DE LA PERSONA AUTORIZADA

NOMBRE DEL NIÑO(A)

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE (S) _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DÍA _____ MES _____ AÑO _____

DOMICILIO _____ COL. _____

ENTRE QUE CALLES: _____ Y _____ C.P. _____

TEL. PARTICULAR _____ CEL. MAMÁ _____ CEL. PAPÁ _____

NOMBRE DE LA MAMÁ: _____ EDAD _____

NOMBRE TRABAJO: _____ TEL. _____

DOMICILIO DEL TRABAJO: _____

FECHA DE VACACIONES: _____

DÍAS DE TRABAJO: _____ HORARIO: _____

NOMBRE DEL PAPÁ: _____ EDAD _____

NOMBRE TRABAJO: _____ TEL. _____

DOMICILIO DEL TREBAJO: _____

FECHA DE VACACIONES: _____

DÍAS DE TRABAJO: _____ HORARIO: _____

EN CASO DE URGENCIA Y QUE NO CONTESTEMOS MAMÁ O PAPÁ FAVOR DE AVISAR A:

CON DOMICILIO EN _____

TEL. PARTICULAR _____ CELULAR _____

TIPO SE SEGURIDAD SOCIAL (IMSS, ISSSTE, SEGURO POPULAR, ETC.): _____

NÚM. DE SEGURIDAD O NÚM. DE PÓLIZA: _____

EN CASO DE ALGUNA EMERGENCIA Y DE NO ENCONTRARLA A USTED, AUTORIZA LLAMAR A LA AMBULANCIA PARA TRASLADAR A SU HIJO (A) AL HOSPITAL GENERAL PARA QUE LO ATIENDAN:

SI O NO NOMBRE Y FIRMA DE PERSONA QUE AUTORIZA: _____

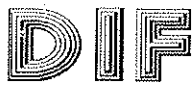
MI HIJO(A) ES ALÉRGICO A: _____

INGRESO MENSUAL DE LA MAMÁ: _____ DEL PAPÁ: _____

FECHA DE INGRESO A LA ESTANCIA: _____ SALA DE INGRESO: _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA MADRE O TUTOR

MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS DATOS ASENTADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD, SON VERÍDICOS Y AUTORIZO PARA QUE PUEDAN SER RATIFICADOS ANTE LAS INSTANCIAS CORRESPONDIENTES, CASO CONTRARIO, ACEPTO LA SANCIÓN DE DAR DE BAJA A MI HIJO (A) SI MIENTO EN ALGO O EN SU CASO SI SOY UNA MADRE O PADRE AGRESIVO CON EL PERSONAL DE LA ESTANCIA, AL IGUAL CUMPLIRÉ CON EL REGLAMENTO Y ME COMPROMETO A ACTUALIZAR MIS DATOS Y LA CARTA DE TRABAJO CADA 6 MESES.



ENTREVISTA A PADRES DE FAMILIA
CLUB DE PEQUES EN DESARROLLO "LAS INSURGENTES"

NOMBRE DEL NIÑO(A): _____
SALA: _____ HORARIO DEL NIÑO (A): _____ A _____
EDAD: _____ ESTATURA: _____ TIPO SANGUÍNEO: _____
CURP: _____
CUENTA CON SERVICIO MÉDICO: _____ ¿CUÁL? _____ NÚMERO DE AFILIACIÓN: _____
*NOMBRE DEL PAPÁ: _____
TEL. PARTICULAR: _____ NO. DE CELULAR: _____
DOMICILIO PARTICULAR: _____
ENTRE QUE CALLES ESTA: _____
OCUPACIÓN: _____ TEL. DEL TRABAJO: _____
NOMBRE DE LA EMPRESA: _____
DOMICILIO DEL TRABAJO: _____
*NOMBRE DE LA MAMÁ: _____
TEL. PARTICULAR: _____ NO. DE CELULAR: _____
DOMICILIO PARTICULAR: _____
ENTRE QUE CALLES ESTA: _____
OCUPACIÓN: _____ TEL. DEL TRABAJO: _____
NOMBRE DE LA EMPRESA: _____
DOMICILIO DEL TRABAJO: _____
*ESTADO DE SALUD DEL NIÑO(A): BUENO _____ REGULAR _____ MALO _____
¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? SI _____ NO _____ ¿CUÁL? _____
¿ESTÁ BAJO TRATAMIENTO MÉDICO? SI _____ NO _____ ¿CUÁL? _____
¿EL NIÑO(A) HA SIDO OPERADO(A)? SI _____ NO _____ ¿DE QUÉ? _____
EL NIÑO(A) ES ALÉRGICO(A) AL MEDICAMENTO: _____
EL NIÑO(A) ES ALÉRGICO(A) A LA COMIDA: _____
¿MOJA LA CAMA? _____
ALIMENTO FAVORITO DEL NIÑO(A): _____
TIEMPO QUE LE DEDICA AL NIÑO(A): _____
ACTIVIDADES FAVORITAS DEL NIÑO(A): _____
LUGAR QUE OCUPA EL NIÑO(A) EN LA FAMILIA: _____
*ESTRUCTURA FAMILIAR: CASADOS _____ DIVORCIADOS _____ SEPARADOS _____ OTROS _____
¿CÓMO ES LA RELACIÓN FAMILIAR?: _____
*OBSERVACIONES GENERALES DEL NIÑO: _____

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: _____
DOMICILIO: _____ TEL. _____
PARENTESCO: _____
*USTED AUTORIZA TRASLADAR AL MENOR AL HOSPITAL GENERAL EN CASO DE ALGUNA EMERGENCIA: _____
NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA: _____ FIRMA: _____
NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL NIÑO(A): _____

MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS DATOS ASENTADOS EN LA PRESENTE ENTREVISTA SON VERÍDICOS Y AUTORIZO PARA QUE PUEDAN SER RATIFICADOS, TAMBIÉN MANIFIESTO QUE DESLINDO A LA INSTITUCIÓN DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE A MI HIJO LE SUCEDA EN CASO DE EMERGENCIA Y QUE NO PUEDAN LOCALIZARME EN LOS DATOS QUE DEJO, POR ELLO ME COMPROMETO QUE NOTIFICAR A LA MAESTRA O DIRECCIÓN LOS CAMBIOS DE DATOS QUE TENGA MIENTRAS MI HIJO(A) ESTÉ INSCRITO EN EL CADI Y QUE ACTUALIZARÉ MI CARTA DE TRABAJO CADA 6 MESES, TAMBIÉN MANIFIESTO QUE SÉ QUE EL HORARIO DE ENTRADA ES DE 7:30 A.M. A 8:45 A.M. Y LA SALIDA DE 1:00 P.M. A 4:00 P.M.

ENTREVISTA APLICADA POR
NOMBRE Y FIRMA DE MTRA.

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

FECHA DE ENTREVISTA

SOLICITUD DE INGRESO

Por ser trabajadora(o) sin prestaciones de Asistencia Social, solicito el ingreso de mi hijo(a) _____
 con fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sala _____

DATOS DE LOS PADRES

1.- Nombre de la Madre _____ Edad _____
 Ocupación _____ Escolaridad _____ Lugar de trabajo _____
 Estado Civil _____ Domicilio Particular _____ tel.part. _____
 tel. cel _____ Horario de trabajo _____ Ingreso mensual _____
 Tel. del trabajo _____ Ext. _____ Domicilio de trabajo _____
 Periodo vacacional _____ Nombre de su Jefe _____

2.- Nombre de la Padre _____ Edad _____
 Ocupación _____ Escolaridad _____ Lugar de trabajo _____
 Estado Civil _____ Domicilio Particular _____ tel.part. _____
 tel. cel _____ Horario de trabajo _____ Ingreso mensual _____
 Tel. del trabajo _____ Ext. _____ Domicilio de trabajo _____
 Periodo vacacional _____ Nombre de su Jefe _____

3.- Motivo de solicitud de servicio:

- Buenas referencias del Centro
- Por el buen servicio que se presta en el centro
- Cercanía de C.A.D.I. al centro de trabajo o domicilio
- Porque no tengo quien cuida a mi hijo

Otros _____

4.- Que espera del servicio:

- Atención Integral
- Seguridad durante el tiempo que esté mi hijo en el centro
- Orientación para ser madre
- Alimentación

5.- Como me enteré del servicio:

- Por Gobierno
- Por un Familiar
- Por un compañero de trabajo
- Por un padre de familia que ya recibe el servicio

Otros _____

6.- Ya tiene hijos en el Centro:

Si No Cuantos

En que área

ESTANCIA **PREESCOLAR**

7.- Número de personas que integran la familia:

Nombre Completo	Edad	Ocupación

EN CASO DE ALGUNA EMERGENCIA USTED COMO TUTOR NOS AUTORIZA LLAMAR A LA AMBULANCIA PARA QUE SE LLEVEN A SU HIJO (A) A SU TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL O AL HOSPITAL GENERAL Y QUE LO ATIENDAN HACIÉNDOSE USTED RESPONSABLE DE TODO LO QUE SUCEDA

SI NO

TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL

NÚMERO DE SEGURIDAD O NÚMERO DE POLIZA

MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS DATOS ASENTADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD, SON VERÍDICOS Y AUTORIZO PARA QUE PUEDAN SER RATIFICADOS ANTE LAS INSTANCIAS CORRESPONDIENTES, CASO CONTRARIO, ACEPTO LA SANCIÓN DE DAR DE BAJA A MI HIJO (A) SI MIENTO EN ALGO O EN SU CASO SI SOY UNA MADRE O PADRE AGRESIVO CON EL PERSONAL DE LA ESTANCIA, AL IGUAL CUMPLIRÉ CON EL REGLAMENTO Y ME COMPROMETO A ACTUALIZAR MIS DATOS Y LA CARTA DE TRABAJO CADA 6 MESES.

FIRMAS DE AUTORIZACIÓN Y COMPROMISO

 NOMBRE Y FIRMA DE LA MADRE

 NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE

MARCAR CON UNA X LOS DOCUMENTOS QUE ENTREGARÁ A DIRECCIÓN

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 3 Copias de Acta de Nacimiento | <input type="checkbox"/> Original y 2 copias de la Constancia de Trabajo de la Madre |
| <input type="checkbox"/> 3 Copias de CURP | <input type="checkbox"/> 3 Copias de Credencial de Elector de 2 personas autorizadas |
| <input type="checkbox"/> 3 Copias de la Cartilla de Vacunación | <input type="checkbox"/> Carta compromiso |
| <input type="checkbox"/> Original y 2 copias del Certificado Medico con tipo de sangre | <input type="checkbox"/> Formato Lleno para la Credencial |
| <input type="checkbox"/> 3 copias del Comprobante de Domicilio Actualizado | <input type="checkbox"/> Ficha de registro |
| <input type="checkbox"/> 3 Copias de la Credencial de Elector de la Madre y Padre | <input type="checkbox"/> Solicitud |