



Haciendo
las cosas ordinarias
de manera extraordinaria

Ciudad de México, 16 de marzo 2020.

A toda nuestra Comunidad Educativa:

Con respecto a las indicaciones dadas por el titular de la Secretaría de Educación Pública, Esteban Moctezuma Barragán y el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, el Dr. Hugo López Gatell, referente a las medidas a implementarse como prevención frente al contagio del virus COVID- 19 puntualizamos lo siguiente:

1. A partir del día 17 de marzo se realizará el **Filtro de co-responsabilidad con madres y padres de familia.**

Solicitamos llevar a cabo el lavado de manos de cada uno de sus hijos, revisar que no presenten fiebre, tos seca, dolor de cabeza o cuerpo cortado y, entregar directamente al personal del Colegio **el PASE de ingreso que adjuntamos, el cual debe ser firmado** diariamente por la madre, padre o tutor del estudiante. Solicitamos no enviar a sus hijos cuando presenten algún cuadro de gripa, fiebre, tos seca, dolor de cabeza y cuerpo cortado.

2. En caso de que se tenga información sobre algún caso en el Colegio de COVID-19, se suspenderán todas las actividades escolares. Les pedimos notificar de inmediato si algún familiar de nuestra Comunidad presenta síntomas.
3. Si la familia así lo decide, respetamos que el estudiante no asista. **No habrá repercusión académica alguna**, ni se considerarán las inasistencias, pues estamos claros que la sana distancia es una medida preventiva que podemos fortalecer.
4. Respecto al seguimiento académico y contenidos curriculares, daremos la información de forma oportuna a través de la página web y Facebook.

Agradecemos su apoyo para llevar a cabo estas medidas con conciencia buscando el bien común.

Atentamente,

Colegio Benedictino



PASE A CLASES

Nombre del alumno: _____ GRUPO: _____

Por medio del presente informo a la escuela que mi menor hijo / hija no presenta ninguno de los síntomas que a continuación se describen (MARCA LA CASILLA CON LA PALABRA NO). Reitero los números de emergencia

FECHA	TOS	FIEBRE	TOS SECA	DOLOR DE CABEZA	CUERPO CORTADO	NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA O TUTOR

PASE A CLASES

Nombre del alumno: _____ GRUPO: _____

Por medio del presente informo a la escuela que mi menor hijo / hija no presenta ninguno de los síntomas que a continuación se describen (MARCA LA CASILLA CON LA PALABRA NO). Reitero los números de emergencia

FECHA	TOS	FIEBRE	TOS SECA	DOLOR DE CABEZA	CUERPO CORTADO	NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA O TUTOR

PASE A CLASES

Nombre del alumno: _____ GRUPO: _____

Por medio del presente informo a la escuela que mi menor hijo / hija no presenta ninguno de los síntomas que a continuación se describen (MARCA LA CASILLA CON LA PALABRA NO). Reitero los números de emergencia

FECHA	TOS	FIEBRE	TOS SECA	DOLOR DE CABEZA	CUERPO CORTADO	NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA O TUTOR

PASE A CLASES

Nombre del alumno: _____ GRUPO: _____

Por medio del presente informo a la escuela que mi menor hijo / hija no presenta ninguno de los síntomas que a continuación se describen (MARCA LA CASILLA CON LA PALABRA NO). Reitero los números de emergencia

FECHA	TOS	FIEBRE	TOS SECA	DOLOR DE CABEZA	CUERPO CORTADO	NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA O TUTOR

David
Betán