



OLIMPIADA ESTATAL DEL DEPORTE ESCOLAR  
Ciclo Escolar 2024 – 2025

**CARTA RESPONSIVA**

Fecha: \_\_\_\_\_.

**DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN FÍSICA DE LA  
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS PARA  
EL FORTALECIMIENTO EDUCATIVO.**

**P R E S E N T E. –**

Por este conducto me dirijo a usted con la finalidad de hacer de su conocimiento que en mi calidad de (padre, madre o tutor), otorgo mi autorización para que el alumno(a) \_\_\_\_\_, del grado \_\_\_\_\_, nivel de \_\_\_\_\_, de la escuela \_\_\_\_\_, asista y participe en la disciplina deportiva de \_\_\_\_\_ categoría \_\_\_\_\_, en la Olimpiada Estatal del Deporte Escolar de la Secretaría de Educación del Estado de Coahuila de Zaragoza, Ciclo Escolar 2024- 2025, en su etapa \_\_\_\_\_, a realizarse en la ciudad de \_\_\_\_\_ de Coahuila de Zaragoza.

Así mismo, hago constar que su estado de salud es óptimo, encontrándose APTO (A), para participar en las actividades deportivas propias de los juegos deportivos.

Por lo anteriormente expuesto en este acto, deslindo de toda responsabilidad al Comité Organizador y las autoridades Educativas de la Secretaría de Educación del Estado de Coahuila de Zaragoza y a los servidores públicos que pertenezcan a dicha dependencia, de cualquier situación que pudiera surgir a mi hijo (a) o pupilo (a) con motivo de las actividades propias de los Juegos Deportivos, así como por cualquier tipo de accidente que se suscite durante el trayecto de entrada y salida o estancia de mi hijo (a) o pupilo (a) en las instalaciones en donde se desarrollen las actividades deportivas, o por el hecho de no haber manifestado algún padecimiento preexistente que padezca mi hijo (a) o pupilo (a).

Mi hijo (a) o pupilo (a) padece una enfermedad que requiere medicamento especial: SI ( ) NO ( ) Nombre del medicamento \_\_\_\_\_ y padecimiento y/o enfermedad \_\_\_\_\_.

De igual manera constato que mi hijo (a) o pupilo (a), al día de hoy no presenta signos y síntomas relacionados con el Coronavirus, tales como: dolor de cabeza, fiebre, tos seca, malestar general, secreción nasal, dolor de garganta, diarrea y dificultad para respirar.

Sin otro particular por el momento, quedó de Usted.

**Atentamente.**

**Nombre y firma del Padre/Madre o Tutor**

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Parentesco con el deportista: \_\_\_\_\_

Indicar si el alumno (a) está vacunado contra el SARS Covid – 19 Si \_\_\_ No \_\_\_

Cuenta con algún seguro médico vigente Sí \_\_\_ No \_\_\_

Indique cual seguro médico: IMSS ( ) ISSSTE ( ) Privado \_\_\_\_\_ No. de seguro: \_\_\_\_\_

Contrato el seguro escolar de gastos médicos mayores Si \_\_\_ No \_\_\_

Anexar copia por ambos lados de la identificación oficial del padre, madre o tutor



**SECRETARÍA DE EDUCACIÓN**

Unidad Campo Redondo

Zona Centro C.P. 25000 Saltillo, Coahuila de Zaragoza.

844 411 88 00

[www.seducoahuila.gob.mx](http://www.seducoahuila.gob.mx)