



COLEGIO GERMÁN ARCINIEGAS I.E.D

PREESCOLAR, BÁSICA Y MEDIA ACADÉMICA

"Trascendencia Social con calidad humana hacia la excelencia"

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO

Resolución de Aprobación S.E.D. N° 07 – 0833 del 16 de Mayo de 2014 (Aclarada por las resoluciones 07 -- 0837 de 29/05/14 y 07 - 0868 de 15/09/14)
Código DANE 111001107832 NIT. 900211563-5

CIRCULAR

No. 105-REC-2023

Bogotá D.C., 21 de septiembre de 2023

Asunto: INVITACIÓN MESA PÚBLICA DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR 2023

Apreciados Padres y Madres de Familia Jornada Mañana y Tarde.

Reciban un cordial saludo. Desde la Secretaria de Educación-SED, nos extienden la invitación para que su familiar participe como asistente a la Mesa Pública del Programa de Alimentación Escolar-PAE.

El evento se realizará el día 28 de septiembre de 2023, en horario de 8 a.m. a 12:00 p.m. en el colegio vecino Laura Herrera de Varela IED, ubicado Carrera 88 I 54 F-17 Sur.

Para esta actividad se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Los estudiantes de la jornada tarde, deben llegar a las instalaciones del colegio Germán Arciniegas a las 7:30 de la mañana.
2. El desplazamiento del estudiante, de una institución a otra se realizará a pie, acompañados de los profesionales de orientación escolar.
3. Los estudiantes deben asistir con el uniforme del colegio.
4. Para este día se cuenta se cuenta con refrigerio a cargo de la Secretaria de Educación del Distrito.
5. Terminado el evento, los estudiantes deben ser recogidos por sus familiares en las instalaciones del colegio Germán Arciniegas a las 12:00 pm.
6. Los estudiantes de la jornada mañana ingresan ese día a las 6:15 am en horario habitual.

Por lo anterior solicitamos su autorización para la participación del estudiante en este evento y el diligenciamiento del consentimiento informado adjunto en esta circular, enviado por la SED

Cordialmente,

SORANGELA MIRANDA BELTRÁN
RECTORA

AUTORIZACIÓN – CIRCULAR No. 105-REC-2023

Yo _____ acudiente del estudiante
_____ del curso _____, jornada _____, autorizo que mi
hijo (a) participe en la **MESA PÚBLICA DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR-PAE 2023**
Firma: _____
N° Identificación: _____
Teléfonos de Contacto: _____
Correo electrónico: _____



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA PADRES/TUTORES

Fecha: _____

A quien corresponda.

Yo / Nosotros, (escriba el nombre de los padres/ tutor) _____ por este medio autorizo a mi hijo/hija, _____ para que participe en la segunda Mesa Pública del PAE 2023, que se realizará el jueves 28 de septiembre de 2023 desde las 08:00 a.m. hasta las 12:00 a.m. el colegio LAURA HERERA DE VARELA (IED) ubicado en la Kr 88 l 54 F-17 sur.

Yo/nosotros reconocemos que, en caso de enfermedad, accidente u otra emergencia que involucre a mi hijo/a, se podría requerir tratamiento médico, así que autorizo al adulto acompañante _____ (docente designado por el colegio) que esté supervisando a mi hijo/a y al personal médico que ellos seleccionen, a proveer tal tratamiento y tomar las medidas que consideren apropiadas considerando las circunstancias.

Nombre padre/madre/tutor: _____

No. de documento de identificación: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

Av. El Dorado No. 66 - 63
Código postal: 111321
PBX: 324 1000 - Fax: 315 34 48
www.educacionbogota.edu.co
Info: Línea 195



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA PADRES/TUTORES

Fecha: _____

A quien corresponda.

Yo / Nosotros, (escriba el nombre de los padres/ tutor) _____ por este medio autorizo a mi hijo/hijo _____ para que participe en la segunda Mesa Pública del PAE 2023, que se realizará el jueves 28 de septiembre de 2023 desde las 08:00 a.m. hasta las 11:00 a.m. el colegio LAURA HERERA DE VARELA (IED) ubicado en la Kr 88 l 54 F-17 sur.

Yo/nosotros reconocemos que, en caso de enfermedad, accidente u otra emergencia que involucre a mi hijo/a, se podría requerir tratamiento médico, así que autorizo al adulto acompañante _____ (docente designado por el colegio) que esté supervisando a mi hijo/a y al personal médico que ellos seleccionen, a proveer tal tratamiento y tomar las medidas que consideren apropiadas considerando las circunstancias.

Nombre padre/madre/tutor: _____

No. de documento de identificación: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

Av. El Dorado No. 66 - 63
Código postal: 111321
PEX: 324 1000 - Fax: 315 34 48
www.educacionbogota.edu.co
Info: Línea 195

