



ASUNTO: Autorización para aplicación de Albendazol.

Chiautempan, Tlax., a 22 de septiembre de 2025.

C. PADRE DE FAMILIA Y/O TUTORES
TURNO MATUTINO
P R E S E N T E

Por medio de la presente, se le informa que, se llevará a cabo una jornada de **aplicación de albendazol**, actividad que será realizada por personal autorizado del Centro de Salud, quienes acudirán a las instalaciones de nuestra escuela, el día miércoles 24 de septiembre del año en curso, en un horario de 09:30 a 13:00hrs.

Le solicitamos atentamente su autorización para que su hijo(a) participe en esta aplicación.

Favor de llenar y firmar el siguiente apartado, y devolverlo a la brevedad al docente responsable o al área de Trabajo Social.

AUTORIZACIÓN

Nombre del alumno(a): _____

Grado y grupo: _____

- Autorizo que personal del Centro de Salud aplique albendazol.
- No autorizo la aplicación de albendazol a mi hijo(a).

Nombre del padre, madre o tutor(a): _____

Firma: _____

Teléfono de contacto: _____

Agradecemos su colaboración para mantener una comunidad escolar saludable y segura.

A T E N T A M E N T E

LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA