



***"Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los
Estados Unidos Mexicanos"***

Coordinación de Innovación y Calidad Educativa

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

PROGRAMA ESCUELAS DE TIEMPO COMPLETO (PETC)

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

ACTA CONSTITUTIVA DEL COMITÉ DE SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

ESCUELA: _____ C.C.T. _____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____

MUNICIPIO: _____ Z.E. _____ SECTOR: _____

TEL. ESC. O DIRECTOR: _____ TEL. SUPERVISIÓN: _____

INTEGRANTES DEL COMITÉ DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

COORDINADOR (A) / REPRESENTANTE DE GRUPO	NOMBRE	FIRMA	TELÉFONO



Gobierno de
Coahuila



***“Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los
Estados Unidos Mexicanos”***

Coordinación de Innovación y Calidad Educativa

Director(a) de la escuela

Supervisor(a) / Inspector(a)

Nombre, firma y sello

Nombre, firma y sello

_____, COAHUILA A ____ DE _____ DEL 201__.
Lugar y fecha

En cada grupo de la escuela se nombrará un representante, quien organiza la participación de todos los padres de familia y tutores de su salón en el Servicio de Alimentación y comunica las formas y tiempos de participación al Coordinador de Servicio de alimentación en la escuela.

***Nota: Este formato deberá ser llenado y enviado a más tardar el 30 de Septiembre del 2017 al
PETC, a través del correo electrónico petcalimentacion@hotmail.com***

“Este programa es público ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa”.



***“Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los
Estados Unidos Mexicanos”***

Coordinación de Innovación y Calidad Educativa

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
PROGRAMA ESCUELAS DE TIEMPO COMPLETO (PETC)
SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

CARTA DE AUTORIZACIÓN

_____ a _____ de _____ de 20____.
(Municipio y entidad) (Día) (Mes) (Año)

He recibido la información correspondiente del Servicio de Alimentación del Programa Escuelas de Tiempo Completo, y autorizo a que mi hijo (a) _____ del _____ grado en la escuela _____ reciba el servicio de alimentos que ofrece este programa.

¿Alérgico a algún alimento? Si _____ No _____

Explique:

Padre, madre o tutor

Director

C. _____ **PROFR(A).** _____
Nombre y firma Nombre y firma

Nota: Este formato deberá ser enviado al PETC a través del correo electrónico petcalimentacion@hotmail.com

“Este programa es público ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa”