

# FORMATO DE CONSENTIMIENTO

Autorización para el Tratamiento de Datos Personales y Biométricos de Menores de Edad

## I. Declaración del Padre, Madre o Tutor

Yo, el/la suscrito(a), en mi calidad de padre, madre o tutor legal del menor de edad cuyos datos se indican más adelante, manifiesto que:

- He leído y comprendido el Aviso de Privacidad de Keyon Access System
- Conozco las finalidades para las cuales serán utilizados los datos de mi hijo(a) o pupilo(a)
- Entiendo que los datos biométricos (reconocimiento facial) son considerados datos personales sensibles
- Otorgo mi consentimiento de manera libre, informada y voluntaria

### Datos del Padre, Madre o Tutor

Nombre completo

Parentesco con el menor

Padre / Madre / Tutor legal

Teléfono de contacto

Correo electrónico

Identificación oficial (INE, pasaporte)

Número de documento

### Datos del Alumno(a)

Nombre completo del alumno(a)

Fecha de nacimiento

DD/MM/AAAA

Grado

Grupo

Matrícula o número de control

CURP (opcional)

## II. Autorización Expresa

Marque las casillas correspondientes para otorgar su consentimiento:

- ☐ **AUTORIZO** el tratamiento de los datos personales de identificación de mi hijo(a) o pupilo(a) para fines de control de acceso y asistencia escolar.
- ☐ **AUTORIZO** la captura y tratamiento de datos biométricos (reconocimiento facial) de mi hijo(a) o pupilo(a) para su identificación en el sistema Keyon Access.
- ☐ **AUTORIZO** el envío de notificaciones a mi teléfono y/o correo electrónico sobre la entrada, salida, retardos o ausencias de mi hijo(a) o pupilo(a).
- ☐ **AUTORIZO** el almacenamiento de los datos en la plataforma Firebase (Google Cloud) con las medidas de seguridad descritas en el Aviso de Privacidad.

**Nota importante:** Este consentimiento es revocable en cualquier momento. Para revocar, envíe una solicitud por escrito a la dirección de la institución educativa o al correo **contacto@exara.uk**. La revocación no afectará la licitud del tratamiento efectuado previamente.

III. Derechos ARCO

Tengo conocimiento de que puedo ejercer mis derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO) respecto a los datos personales de mi hijo(a) o pupilo(a), conforme a lo establecido en el Aviso de Privacidad y la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

IV. Firmas

En señal de conformidad, firmo el presente documento en la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Firma del Padre, Madre o Tutor

Firma del Representante de la Institución

PARA USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCIÓN

Fecha de recepción	Folio asignado	Responsable
<div></div>	<div></div>	<div></div>
Observaciones		
<div></div>		