

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PADRES O ACUDIENTES DE ESTUDIANTES**

Institución Educativa: _____

Código DANE: _____ Municipio: _____

Docente evaluado: _____ CC/CE: _____

Yo _____,
yo _____, mayor de edad, []
madre, [] padre, [] acudiente o [] representante legal del estudiante
de _____ años de edad, he (hemos)
sido informado(s) acerca de la grabación del video de práctica educativa, el cual se requiere para que el docente de mi hijo(a)
participe en la Evaluación de Carácter Diagnóstico Formativo (ECDF) que realiza el Ministerio de Educación Nacional.

Luego de haber sido informado(s) sobre las condiciones de la participación de mi (nuestro) hijo(a) en la grabación, resuelto todas las inquietudes y comprendido en su totalidad la información sobre esta actividad, entiendo (entendemos) que:

- La participación de mi (nuestro) hijo(a) en este video o los resultados obtenidos por el docente en la ECDF no tendrán repercusiones o consecuencias en sus actividades escolares, evaluaciones o calificaciones en el curso.
- La participación de mi (nuestro) hijo(a) en el video no generará ningún gasto, ni recibiremos remuneración alguna por su participación.
- No habrá ninguna sanción para mi (nuestro) hijo(a) en caso de que no autorizemos su participación.
- La identidad de mi (nuestro) hijo(a) no será publicada y las imágenes y sonidos registrados durante la grabación se utilizarán únicamente para los propósitos de la ECDF y como evidencia de la práctica educativa del docente.
- Las entidades a cargo de realizar la ECDF y el docente evaluado garantizarán la protección de las imágenes de mi (nuestro) hijo(a) y el uso de las mismas, de acuerdo con la normatividad vigente, durante y posteriormente al proceso de evaluación del docente.

Atendiendo a la normatividad vigente sobre **consentimientos informados**, y de forma consciente y voluntaria

DOY (DAMOS) EL CONSENTIMIENTO

NO DOY (DAMOS) EL CONSENTIMIENTO

para la participación de mi (nuestro) hijo (a) en la grabación del video de práctica educativa del docente en las instalaciones de la Institución Educativa donde estudia.

Lugar y Fecha: _____

FIRMA MADRE
CC/CE:

FIRMA PADRE
CC/CE:

FIRMA ACUDIENTE O REPRESENTANTE LEGAL
CC/CE: