



DATOS PERSONALES

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CURP: _____

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

DOMICILIO DEL PADRE O TUTOR: _____

TELÉFONO DEL PADRE (CASA): _____

CELULAR: _____

OFICINA: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO DE LA MADRE (CASA): _____

CELULAR: _____

OFICINA: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

HOSPITAL DE TRASLADO: _____

DOMICILIO Y TELÉFONO _____

AUTORIZO QUE MI HIJO(A) SEA ATENDIDO POR EL SERVICIO MÉDICO **EMME** Y EN CASO DE SER NECESARIO, TRASLADARLO AL HOSPITAL QUE HE SEÑALADO, HACIÉNDOME RESPONSABLE DE TODOS LOS GASTOS QUE SE DERIVEN.

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR: _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA MADRE: _____
