



## 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_