



## FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE SALIDA DEL SEVICIO MÉDICO

**“ELODIA RAMOS CHÁVEZ”**  
JARDÍN DE NIÑOS 2024-2025

Yo \_\_\_\_\_ en mi carácter  
de padre o tutor del niño (a)  
\_\_\_\_\_ quien cursa  
el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ autorizó su salida del plantel en caso de emergencia  
y/o riesgo que pongan en peligro su integridad física; con el fin de proporcionarle una  
debida y oportuna atención.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Calle No. Colonia  
Alcaldía

Teléfonos: \_\_\_\_\_

(Recuerden que el seguro cubre un monto determinado y ustedes pagarán un deducible en caso de accidente).

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA PADRE O TUTOR