



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