



AÑO \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO COMPLETOS DEL ALUMNO

---

TELÉFONO PARTICULAR:

---

TELÉFONOS DE URGENCIA: (INDICAR A QUIÉN CORRESPONDE)

- 1) \_\_\_\_\_
  - 2) \_\_\_\_\_
  - 3) \_\_\_\_\_
  - 4) \_\_\_\_\_
- 

COBERTURA MÉDICA \_\_\_\_\_

TELÉFONOS \_\_\_\_\_

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL ALUMNO DEL COLEGIO

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

ALERGIAS O INDICACIONES \_\_\_\_\_

---

Se deja constancia que salvo indicación expresa en hoja aparte por parte de los padres, la Institución no tiene restricciones en la difusión de imágenes de los alumnos/as.

Firma \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_