INSTITUTO SAN FELIPE NERI

INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL

( A-594 )

SECCION INICIAL

Año: …2022……….

Nombre y Apellido del alumno: ...........................................................................

DNI Nª:……………………………….

Grado y División: .................................

SI NO (Tachar lo que no corresponda)

Autorizamos que nuestro hijo/a sea atendido en caso de emergencia por personal médico de VITTAL “Socorros Médicos Privados S.A.”, con domicilio en Av. Maipú 554 Vicente López, Teléfono: 4805-4545. Número de asociado E 811277

En caso de necesidad nuestro hijo/a deberá ser trasladado por VITTAL a

.......................................................................................detallar Institución Sanitaria-domicilio

- Nro de Teléfono y Nro. de afiliado )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/ madre/ tutor o encargado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INSTITUTO SAN FELIPE NERI

INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL

( A-594 )

SECCION INICIAL

Año: …2022……….

Nombre y Apellido del alumno: ...........................................................................

DNI Nª:……………………………….

Grado y División: .................................

SI NO (Tachar lo que no corresponda)

Autorizamos que nuestro hijo/a sea atendido en caso de emergencia por personal médico de VITTAL “Socorros Médicos Privados S.A.”, con domicilio en Av. Maipú 554 Vicente López, Teléfono: 4805-4545. Número de asociado E 811277

En caso de necesidad nuestro hijo/a deberá ser trasladado por VITTAL a

.......................................................................................detallar Institución Sanitaria-domicilio

- Nro de Teléfono y Nro. de afiliado )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/ madre/ tutor o encargado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_