



## PERMISO DE TRASLADO EN CASO DE ACCIDENTE

### CICLO ESCOLAR 2017-2018

Autorizamos a movilizar al alumno (a) \_\_\_\_\_  
Al servicio de urgencias más cercano en caso de así ameritarlo.  
(Hospital Los Ángeles, Hospital Lomas) e iniciar trámite con la  
aseguradora del colegio y estoy conciente que si sobrepasara el límite  
contratado con la aseguradora el costo será cubierto por nosotros los  
Padre del niño (a) \_\_\_\_\_  
Firma del Papá \_\_\_\_\_

Firma de la Mamá \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono de 2 personas a quienes podamos recurrir en caso  
de emergencia:

1. Nombre: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_

Estoy enterado y de acuerdo en que Casa de Niños Ma. Antonietta  
Paolini AC, en donde he decido inscribir a mi hij@ durante el presente  
ciclo escolar, tienen contratado un seguro contra accidentes que cubre  
la cantidad de \$40,000.00 Muerte accidental, 40,000.00 Pérdidas  
orgánicas y 10,000.00 Reembolso de gastos. Así mismo acepto que en  
caso de haber un evento en el que los gastos hospitalarios y de  
recuperación posterior excedieran a la cantidad contratada por parte  
del colegio, será mi responsabilidad cubrirlo en tiempo y forma.

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

\_\_\_\_\_  
LUCIA GARZA SIGLER  
Directora.

Fecha de aceptación \_\_\_\_\_

Ciclo escolar que aceptó \_\_\_\_\_

Nombre del niñ@ \_\_\_\_\_