

COLEGIO O'FARRILL KINDER

A U T O R I Z A C I Ó N

En caso de un accidente grave autorizo que mi hijo (a) _____

_____ del grado _____

sea trasladado de emergencia a la clínica más cercana, acompañado de las autoridades pertinentes, esperando la llegada más pronta de los padres o tutores.

Si autorizo () No autorizo ()

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: _____

FIRMA: _____

TELEFONOS DE EMERGENCIA

TRABAJO: _____

CELULAR O NEXTEL: _____

CASA: _____

Nota. La escuela no administra ningún tipo de medicamento o tratamiento. En caso de que su hijo (a) se encuentre bajo algún tratamiento específico dentro de los horarios de clase, la escuela podrá proporcionar medicamentos y tratamientos cuando el padre de familia lo solicite por escrito anexando a la misma carta o receta médica suscrita por el pediatra particular del alumno.