**AVISO EN CASO DE ACCIDENTE**

**COZUMEL Q.ROO \_\_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_\_\_**

POR ESTE MEDIO INFORMO QUE EN CASO DE ACCIDENTE SE PUEDE DAR AVISO A:

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE |  |
| PARENTESCO  |  |
| DOMICILIO |  |
| TELEFONO DOMICILIO |  |
| TELEFONO CELULAR |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE |  |
| PARENTESCO  |  |
| DOMICILIO |  |
| TELEFONO DOMICILIO |  |
| TELEFONO CELULAR |  |

|  |
| --- |
| NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO: |
| DOMICILIO |
| TELEFONO CELULAR |
| GRUPO |  | **ALIM** | **ASDI** | **HOSP** |
| NUMERO AFILICACION DE SERVICIO MEDICO: |
| IMSS | **ISSSTE** | **SEGURO POPULAR** | **OTRO** |

* ANEXO COPIA INE PADRES Y/O TUTORES
* ANEXO COPIA CARATULA CARNET DEL SERVICIO MEDICO