

Datos Personales del Alumno

Nombre:
apellido paterno apellido materno nombre(s)

Datos de los Padres o Tutores

Nombre del padre o tutor:
apellido paterno apellido materno nombre(s)

Dirección: Tel:
calle y número ciudad clave número

Nombre de la madre:
apellido paterno apellido materno nombre(s)

Dirección: Tel:
calle y número ciudad clave número

Por medio de este conducto hago de su conocimiento que apruebo ampliamente el que nuestro(a) hijo(a) ingrese al Instituto Epicentro y que participe en todas las actividades que incluye el Plan de Estudios.

Es nuestro deseo apoyarlo(a) en el área espiritual y material como nos sea posible.

Fecha:
día mes año

Firma del padre o tutor:

NOTA ACLARATORIA

El Instituto Epicentro no se hace responsable de ninguna enfermedad adquirida o accidente ocurrido antes, durante o después de la estancia del estudiante en el Instituto.

Por lo cual recomendamos considerar seriamente la necesidad de contar con un SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.

Responsable en Caso de Accidente o Enfermedad

Fecha: Lugar: Relación con el solicitante:
día mes año ciudad

Nombre del responsable:
apellido paterno apellido materno nombre(s)

Dirección:
calle y número ciudad estado

Teléfono: Firma:
clave número