**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