

ESCUELA DE VERANO 2020

Datos del Padre/Madre/Apoderado(a)

Nombre:.....
Teléfono:.....
Nombre contacto de
emergencia:.....
Número de
emergencia:.....
Relación con el/la pequeño(a)
científico(a):.....

Datos del/a pequeño(a) científico(a):

Nombre:.....
Fecha de nacimiento:
Edad:.....
Cuéntanos si tiene alguna alergia a algún medicamento o
alimento:.....
Cuéntanos si tiene alguna otra condición
especial:.....
¿Tiene seguro escolar?.....
Indique el Centro de atención asociada al seguro escolar.....

Por la presente declaro que mi hijo(a) no presenta condiciones de salud que le impidan participar de la Escuela de Verano. En caso de alguna emergencia, deseo ser contactado inmediatamente al número que proveo en este formulario. Si no puedo ser contactado a ese número, deseo que contacten al contacto de emergencia que también proveo en este formulario. En el caso fortuito de alguna emergencia en donde mi hijo(a) deba ser trasladado(a) a un centro de salud, entiendo que soy responsable de todos los costos asociados.

.....
Firma