





# INSTITUTO ALEXANDER

Recibe tratamiento. SI ( ) NO ( )

Explique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de crisis ¿Qué debe hacer el maestro responsable para apoyar a su hijo mientras usted se presenta:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de emergencia avisar a \_\_\_\_\_  
Nombre completo

Parentesco

Teléfono Celular

Teléfono de Casa

De ser necesario autoriza que se le administre medicamento para temperatura alta, dolor de cabeza, estómago, o por algún golpe o caída requiera algún desinflamante? ( si ) \_\_\_\_\_ (no) \_\_\_\_\_

Es alérgico algún medicamento? \_\_\_\_\_

El alumno al finalizar las clases:

- ( ) Vienen por él (ella) \_\_\_\_\_ (¿Quién?)  
( ) Se retira solo a casa (a).

## EN CASO DE ACCIDENTE

En caso de que su hijo (a) sufra algún accidente dentro de la escuela se aplicará el Protocolo de Actuación de Autoridades Educativas vigente en este ciclo escolar 2024 – 2025.

Yo \_\_\_\_\_ declaro bajo protesta de decir verdad, que todos los datos incluidos en esta solicitud son verídicos por lo cual autorizo a la escuela a realizar las investigaciones necesarias para el trámite de inscripción”.

Ratifico que los datos proporcionados en el presente formato se encuentran actualizados y autorizo se utilicen por la autoridad escolar el apartado datos de contacto del alumno para dar aviso acerca de algún asunto relacionado con mi hijo a las personas ahí mencionadas.

## ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
**PADRE O TUTOR**  
(Nombre y firma)

\_\_\_\_\_  
**MADRE O TUTORA**  
(Nombre y firma)