

Torreón, Coahuila, a ____ de _____ del 20__

Colegio León Felipe
At'n. Lic. Alberto A. González Martínez
Director

Yo, _____ Padre de familia de: _____
Nombre completo y apellidos del padre o madre de familia

Nombre completo y apellidos de los hijos(as)

Nombre completo y apellidos de los hijos(as)

Certifico que cuento con Servicio Médico de _____
Nombre de la compañía y/o Instituto asegurador

Con el siguiente número de póliza y/o registro: _____ .

Y en el supuesto de que mi(s) hijo(s) sufriese(n) algún accidente durante el ciclo escolar. Fuera o dentro de las instalaciones del Colegio, me considero RESPONSABLE directo de solucionar dicho problema mediante la utilización del servicio médico que tengo contratado.

Por lo anterior, deslindo de toda responsabilidad al Colegio León Felipe y/o a sus administradores, alumnos o cualquier otra persona de asumir este compromiso.

Atentamente

Nombre y firma del padre de familia