

**INSTITUTO SAN FELIPE NERI**  
INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL  
( A-594 )  
**SECCION INICIAL**  
Año:

Nombre y Apellido del alumno: .....

DNI N<sup>a</sup>:.....

Grado y División: .....

SI     NO (Tachar lo que no corresponda)

Autorizamos que nuestro hijo/a sea atendido en caso de emergencia por personal médico de VITTAL "Socorros Médicos Privados S.A.", con domicilio en Av. Maipú 554 Vicente López, Teléfono: 4805-4545. Número de asociado E 811277

En caso de necesidad nuestro hijo/a deberá ser trasladado por VITTAL a  
.....detallar Institución Sanitaria-domicilio  
- Nro de Teléfono y Nro. de afiliado ) \_\_\_\_\_

Firma del padre/ madre/ tutor o encargado: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

**INSTITUTO SAN FELIPE NERI**  
INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL  
( A-594 )  
**SECCION INICIAL**  
Año:

Nombre y Apellido del alumno: .....

DNI N<sup>a</sup>:.....

Grado y División: .....

SI     NO (Tachar lo que no corresponda)

Autorizamos que nuestro hijo/a sea atendido en caso de emergencia por personal médico de VITTAL "Socorros Médicos Privados S.A.", con domicilio en Av. Maipú 554 Vicente López, Teléfono: 4805-4545. Número de asociado E 811277

En caso de necesidad nuestro hijo/a deberá ser trasladado por VITTAL a  
.....detallar Institución Sanitaria-domicilio  
- Nro de Teléfono y Nro. de afiliado ) \_\_\_\_\_

Firma del padre/ madre/ tutor o encargado: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_