

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

Nombre y Apellido del alumno:

DNI N^a:.....

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^a:.....

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: _____