



INSTITUTO BÍBLICO CANAÁN

Del Concilio Nacional de las Asambleas de Dios A. R.
 Registro Constitutivo SGAR 164/93
 Ave. Las Américas #10, San Benito, Los Ramones NL. CP. 66825



Declaración de exoneración

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Fecha:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

--

Domicilio (Calle, Número) Colonia Municipio Estado C. P.

--	--	--	--	--

Teléfono Celular Correo electrónico

--	--	--

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

--

Domicilio (Calle, Número) Colonia Municipio Estado C. P.

--	--	--	--	--

Teléfono Celular Relación familiar

--	--	--

Contacto alternativo:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

--

Domicilio (Calle, Número) Colonia Municipio Estado C. P.

--	--	--	--	--

Teléfono Celular Relación familiar

--	--	--

Nosotros Padres del alumno autorizamos a la Directiva del Instituto Bíblico Canaán a que autorice tratamiento médico para nuestro(a) hijo(a) no, en caso de que él no pueda hacerlo. Entiendo que todo esfuerzo será hecho para comunicarse con la(s) persona(s) nombrada(s) como contacto de emergencia, antes de que sea tomada cualquier decisión. Asumimos toda responsabilidad financiera por cuidado de emergencia médica y/u hospitalización; entendemos que el Instituto Bíblico Canaán no cubre ningún gasto médico al cual nuestro hijo pueda incurrir por razones de emergencias graves.

Nosotros, por este medio, exoneramos de cualquier responsabilidad al Instituto Bíblico Canaán.

Firma del Padre

Firma de la Madre

Firma del Pastor