



# 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) y firma

Firma del alumno

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Teléfono    Celular    Correo electrónico

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

### EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:

Apellido Paterno    Apellido Materno    Nombre(s)

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Teléfono    Celular    Relación familiar

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

### Contacto alternativo:

Apellido Paterno    Apellido Materno    Nombre(s)

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Teléfono    Celular    Relación familiar

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Yo            Alumno            autorizo a la Directiva del Instituto Bíblico Canaán a que autorice tratamiento médico para mi persona, en caso de que yo 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. Yo asumo toda responsabilidad financiera por cuidado de emergencia médica y hospitalización; entiendo que el Instituto Bíblico Canaán no cubre ningún gasto médico al cual yo pueda incurrir por razones de emergencia.

**Yo, por este medio, exonero de cualquier responsabilidad al Instituto Bíblico Canaán.**

Firma del Padre

Firma de la Madre

Firma del Pastor