**Kids SmART, Inc.**

**FORMA DE INSCRIPCIÓN**

Apellido del Niño/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento/Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escuela a la que asiste: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Maestro/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de la Primera Asistencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Primaria del Niño/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cuidador Principal del Niño/a**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el Niño/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: (C) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (C) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (O) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador del cuidador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cuidador Principal del Niño/a:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el Niño/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: (C) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (C) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (O) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador del cuidador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personas Autorizadas (otros apartes de los cuidadores mencionados arriba) para recoger al niño/a:

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medico Primario del Niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dentista del Niño/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compañía de Seguro Primaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Póliza #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hospital de Preferencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información Médica del Niño:

¿Vacunas Requeridas del Estado? Y/N (por favor provea copiad estos registros con la inscripción)

Alergias/Dietas Especiales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Problemas Médicos Crónicos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cualquier Medicamentos Actuales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cualquier necesidad especial que el programa tiene que ser consciente de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Por favor también complete el otro lado-

**AUTORIZACINES DEL PADRE/TUTOR**

Por favor lea lo siguiente e inicial indicando que usted ha leído y entendido la declaración. Por favor escriba su nombre completo en la parte inferior de la página.

1**. Procedimiento de Emergencia:** En caso de emergencia, Yo autorizo al personal del programa a comunicarse con las personas mencionadas en la lista de la forma de contactos de emergencia**.** También autorizo al médico que aparece al reverso de este formulario para proporcionar el tratamiento médico necesario**.** Si las personas de contacto de emergencia no pueden ser localizados, los empleados el programa están autorizados a tomar las medidas necesarias para la salud y el bienestar de mi hijo.

 **Iníciales\_\_\_\_\_\_\_**

**2. Manual para Padres:** He recibido, leído, y entendido todos los aspectos del Manual para Padres de Kids SmART, Inc. Entiendo que es mi responsabilidad como padre/tutor, a cumplir con todas las políticas y procedimientos del manual de padres. Entiendo que las políticas y procedimientos están sujetos a cambios, y serán notificados de los cambios que son significativos y pueden afectar el cuidado de mi hijo. Además, entiendo y acepto que, previa notificación de repetición para el incumplimiento de las políticas y procedimientos, mi familia puede ser excusada del programa y deberán encontrar otros tipos de cuidado para mi hijo.

 **Iníciales \_\_\_\_\_\_\_**

**3. Procedimiento y Responsabilidad al Entrar/Salir: Estoy** de Acuerdo en acatar la señal de entrada/salida de los procedimientos como se indica en el manual de padres. Estoy de acuerdo que el programa no es responsable de mi hijo antes de haber apropiadamente iniciado sesión. También entiendo que el programa no es responsable de mi hijo en el camino a su hogar o destino autorizado después de que él/ella esté debidamente fuera de la sesión

 **Iníciales \_\_\_\_\_\_\_**

**4. Expediente Del Estudiante: Estoy** de acuerdo en mantener la inscripción de mi hijo y formas de emergencia al corriente, incluyendo pero no limitado a, el hogar actual y los números de teléfono del trabajo y números de teléfono actuales de las personas autorizadas para recoger a mi hijo.

 **Iníciales \_\_\_\_\_\_\_**

**5. Actividades de Kids SmART, Inc:** Autorizo a mi hijo a participar en todas lasartes/artesanías, ciencia, cocinar, juegos del gimnasio, juegos de exterior, club de tarea, etc. Organizadas por el personal de Kids SmART. Los que no deseo que mi hijo participe en, se enumeran a continuación:

 **Iníciales \_\_\_\_\_\_\_**

**6. Consentimiento de Películas y Televisión: La** televisión y películas serán apropiadas para la edad y se verán en una base mínima y solo con consentimiento de los padres, rubricad como:

 **Televisión\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Película Calificación -G\_\_\_\_\_\_\_**

 **Película Calificación -PG \_\_\_\_\_**

**7. Consentimiento para Foto/Video: Kids** SmART puede ocasionalmente fotografiar o tomar video de su hijo durante horas de programas. Estas fotos o videos pueden estar disponibles para el público o utilizados con fines promocionales o publicitarios. Entiendo que mientras estén en Kids SmART, la foto o video de mi hijo puede ser tomada durante su participación en alguna actividad. Kids SmART no proporcionara compensación financiera por estas fotos o videos, y entiendo que esto deslinda a Kids SmART Inc. De toda futura demanda, así como cualquier responsabilidad de la utilización de dicha fotografía o video.

 **Si, Doy permiso para que mi hijo sea fotografiado o grabado en video \_\_\_\_\_\_\_\_**

 **No, Yo no quiero que mi hijo sea fotografiado o grabado en video \_\_\_\_\_\_\_\_**

**8. Transportación del Niño:** Yo doy mi permiso para que mi hijo participe en excursiones donde él/ella puede ser transportado en vehículos habilitados lejos de la ubicación del programa. Entiendo que se me informara con antelación de todos los viajes del programa de campo y firmar el permiso específico para cada viaje.

 **Iníciales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**9. Consentimiento para Bloqueador Solar:** Kids SmART, Inc. En ocasiones, pueden verse en la necesidad de ayudar o aplicar protector solar a su hijo. Cada niño debe traer su propio protector solar a su hijo. Cada niño debe traer su propio protector solar con un SPF de al menos 30, y etiquetado en su envase original. El programa también proporcionara protección solar de por lo menos un SPF de 30, para aquellos que olviden el de ellos. Entiendo que si mi hijo no tiene protección solar aplicada, la exposición al sol se limitara o puede ser negada

 **Si, Doy permiso para a Kids SmART, Inc. a aplicar protector solar a mi hijo \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Instrucciones Específicas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **No, no quiero que Kids SmART, Inc. aplique protector solar a mi hijo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma Padre/Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Kids SmART, Inc.**

**FORMULARIO DE EMERGENCIA**

Apellido del Niño/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento/Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asiste a la Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Maestro/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de la primera Asistencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Primaria del Niño/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cuidador**(es**) Principal del Niño/a**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el Niño/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: (C) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (C) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (O) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador del Cuidador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cuidador**(es**) Principal del Niño/a**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el Niño/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: (C) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (C) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (O) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador del Cuidador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enumere por lo menos 3 personas, distinto a los cuidadores mencionados anteriormente, para contactar en caso de una emergencia. Ellos serán contactados en el orden en que aparecen.

1. Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Oficina): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Instrucciones Específicas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Oficina): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Instrucciones Específicas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Oficina): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Instrucciones Específicas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMUNICADO DEL MEDICO:

Nombre del Medico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo le doy permiso a Kids SmART, Inc. A adoptar las medidas necesarias para la salud y el bienestar de mi hijo/a durante una situación de emergencia. Esto puede incluir el contacto con las unidades locales de emergencia antes de comunicarse con el médico del niño o los padres/tutores.

En caso de una emergencia médica, entiendo que mi hijo será transportado al centro médico más cercano a la unidad local de emergencias para recibir tratamiento médico si la unidad local de emergencias lo considera necesario.

INFORMACION MÉDICA DE EMERGENCIA:

Alergias/Necesidades Medicas Especiales\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Problemas Médicos Crónicos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamentos Actuales\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cobertura de Seguro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_