



Marzo 2017

AUTORIZACIÓN EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Señora Directora/ Representante Legal:

Por la presente autorizo a Directoras, Docentes y personal Administrativo del Colegio Nuestra Señora de la Unidad a tomar las decisiones que a su criterio consideren convenientes si en caso de necesidad, por enfermedad o accidente, no lograsen ubicarme en los teléfonos que he consignado en la ficha médica de mi hija/odeaño Secundaria.

Firma Padre:

Aclaración:

Firma Madre:

Aclaración:

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICACIÓN

Señora Directora/ Representante Legal:

Por la presente doy mi autorización para que, en caso de estricta necesidad, la medicación indicada por Médico de Emergencias sea suministrada a mi hija/ode año Secundaria.

Firma Padre:

Aclaración:

Firma Madre:

Aclaración: