



INSTITUTO BIBLICO CANAÁN

Del Concilio de las Asambleas de Dios, A. R. Reg. Const. SGAR/164/93

DISTRITO CENTRAL



DECLARACIÓN DE EXONERACIÓN

Nombre del Alumno _____ Fecha _____

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Teléfono _____

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

Relación Familiar _____

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

Relación Familiar _____

Yo _____ autorizo a la Directiva del Instituto Bíblico

Nombre del alumno(a)

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

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DE LA MADRE

FIRMA DEL PASTOR