



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 _____

Nosotros _____ autorizamos a la

Directiva del Instituto Bíblico Canaán a que autorice tratamiento médico para nuestro hijo

_____, 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. 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