



Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud

## CARTA RESPONSIVA PARA FIRMA DE PADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 2014.

A QUIEN CORRESPONDA:

El, (la) que suscribe (padre, madre o tutor) \_\_\_\_\_ a través de la presente **CARTA RESPONSIVA**, hago constar que es mi deseo que mi hijo(a) \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad asista a la Convivencia Infantil de Verano que organiza esta Sección \_\_\_\_\_ en el periodo que comprende los días \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 2014. Manifestando que como Padres de Familia conocemos los riesgos que implican el traslado y estancia fuera de su hogar. Por lo anteriormente manifestado, en este acto **DESLINDO DE TODA RESPONSABILIDAD**, con motivo de dicho evento citado en este documento y/o por cualquier otro motivo y en el trayecto de la entrada y salida de la actividad descrita.

Asimismo manifiesto **BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD**, que los documentos de identidad y los demás presentados en este acto para efecto de cumplir con los requerimientos son legítimos, por lo que cualquier situación que pudiera llegar a suscitarse en relación a su autenticidad, será responsabilidad única y exclusiva de el (la) suscrito (a), deslindando a cualquiera de las personas que transportan, viajan o acompañan a mi hijo(a) de cualquier responsabilidad cualquiera que sea su naturaleza.

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TELEFONO CASA: \_\_\_\_\_ TELEFONO OFICINA: \_\_\_\_\_

TELEFONO CELULAR: \_\_\_\_\_ LUGAR DE ADSCRIPCION: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

FIRMA DE LA SECCIÓN SINDICAL



# Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud



## Convivencia Infantil para las secciones de los estados 2014

### CÉDULA DE INSCRIPCIÓN

Folio:

Sección:

#### 1. DATOS DEL MENOR

NOMBRE:

\_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

DÍA

MES

AÑO

DOMICILIO DEL MENOR:

\_\_\_\_\_

CALLE

No. EXTERIOR

No. INTERIOR

\_\_\_\_\_

COLONIA

DELEGACIÓN O MUNICIPIO

ESTADO

C.P.

#### 2. DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:

\_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

FUNCIÓN: \_\_\_\_\_ CLAVE PRESUPUESTAL: \_\_\_\_\_ CENTRO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO:

\_\_\_\_\_

CALLE

No. EXTERIOR

No. INTERIOR

\_\_\_\_\_

COLONIA

MUNICIPIO

ESTADO

CIUDAD

\_\_\_\_\_

TEL. OFICINA

EXT.

TEL. CASA

NÚMERO CELULAR

PARENTESCO CON EL MENOR: MADRE  PADRE

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

### 3. NOMBRE DE DOS FAMILIARES EN CASO DE NO LOCALIZAR AL PADRE O TUTOR.

NOMBRE: _____	PARENTESCO: _____	TELÉFONOS CASA Y CELULAR: _____
NOMBRE: _____	PARENTESCO: _____	TELÉFONOS CASA Y CELULAR: _____

**NOTA:** SOLAMENTE LOS FAMILIARES ANTES CITADOS PODRÁN ENTREGAR O RECOGER AL MENOR EN CASO DE QUE EL PADRE O TUTOR ASÍ LO SOLICITE A LA COORDINACIÓN GENERAL, PRESENTANDO UNA IDENTIFICACIÓN OFICIAL.

### 4. DATOS IMPORTANTES DEL ESTADO DE SALUD DEL MENOR.

MENCIONAR SI EL MENOR PRESENTA ALGÚN TIPO DE ALERGIA SI {  } NO {  } CUAL \_\_\_\_\_

EL NIÑO TIENE ALGUNA CONDICIÓN ESPECIAL DE SALUD SI {  } NO {  } CUAL \_\_\_\_\_

¿QUÉ MEDICAMENTO TOMA? \_\_\_\_\_

### 5. DOCUMENTOS QUE DEBERÁ ANEXAR A ESTA CÉDULA.

**DEL MENOR**

- 1.- COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO.
- 2.- COPIA DEL C.U.R.P.
- 3.- CERTIFICADO MÉDICO.
- 4.- GRUPO SANGUÍNEO.

**DEL TRABAJADOR**

- 1.- COPIA DEL ÚLTIMO TALÓN DE PAGO
- 2.- COPIA DE LA CREDENCIAL VIGENTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD Ó IFE.

Firma del Padre o Tutor