

Datos Personales del Alumno

Nombre

nombre(s)

apellido paterno

apellido materno

Datos Personales de Padres o Tutores

Nombre del
padre o tutor

nombre(s)

apellido paterno

apellido materno

Domicilio

calle y número

colonia

ciudad

estado

país

Contacto

celular / Whatsapp

correo electrónico

Nombre de la
madre o tutora

nombre(s)

apellido paterno

apellido materno

Domicilio

calle y número

colonia

ciudad

estado

país

Contacto

celular / Whatsapp

correo electrónico

Consentimiento de Actividades

Por medio de este conducto hago de su conocimiento que apruebo ampliamente el que nuestro(a) hijo(a) ingrese al Instituto Epicentro y que participe en todas las actividades que incluye el Plan de Estudios y los viajes misioneros. Es nuestro deseo apoyarlo(a) en el área espiritual y material como nos sea posible.

Fecha:

Firma:

Responsable en Caso de Accidente

Instituto Epicentro no se hace responsable del fallecimiento, accidente o enfermedad adquirida antes, durante o después de la estancia del estudiante en el Instituto, incluso contagios de COVID-19.

Entiendo y asumo responsabilidad para el alumno en el caso de accidentes.

Fecha:

Firma:

Afirmación de Seguros Médicos

En vista de que Instituto Epicentro no se hace responsable de ninguna enfermedad adquirida o accidente ocurrido, antes, durante o después de la estancia del estudiante en el Instituto, recomendamos considerar seriamente la necesidad de contar con un SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES, ya sea privado o público.

¿El solicitante cuenta con seguro de gastos médicos que cubra accidentes y enfermedades?

☐ Sí
☐ No

¿De qué compañía?

¿De qué tipo?:

Vigencia:

día mes año

Fecha:

Firma:

Afirmación de Salud

Yo, declaro que la información que se ha dado en el formato en la Historia Médica y Registro de Examen Físico es verídico y asumo la responsabilidad de cualquier situación de salud integral de mi hijo(a).

Fecha:

Firma:

Contacto de Emergencia

En caso de emergencia ¿a quién(es) debemos notificar? (Si es la misma información que puso usted en la sección de contacto de padres o tutores, solo proporciona el nombre del contacto, por favor.)

Nombre:

nombre(s)

apellido paterno

apellido materno

Domicilio:

calle y número

colonia

Contacto:

celular / Whatsapp

correo electrónico

Contacto del Médico Familiar (opcional)

Nombre:

nombre(s)

apellido paterno

apellido materno

Domicilio:

calle y número

colonia

Contacto:

celular / Whatsapp

correo electrónico

Consentimiento Decisiones de Tratamiento

En casos de emergencias, y no me pueden contactar, doy mi consentimiento al staff de Instituto Epicentro y Amistad de Monterrey para tomar decisiones en cuanto a la salud y tratamiento médico del alumno.

Fecha:

Firma:

Consentimiento a Reglamento de Epicentro

He leído el reglamento y doy mi consentimiento que el alumno se sujetará al código de vestimenta y comportamiento del Instituto, comprendiendo el proceso disciplinario, del cual me hago responsable de los gastos de transportación derivados de la expulsión del alumno.

Fecha:

Firma:

Responsable de Apoyo Económico

¿Cómo planea financiar sus estudios? (Congregación, familia, amigos, personalmente)

<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/> %

De acuerdo a lo anterior, me comprometo a cubrir los gastos de financiamiento durante los estudios del alumno en Instituto Epicentro para lo cual acepto todas las condiciones de pago del mismo instituto.

Fecha:

Firma:

Consentimiento Toma de video, audio y fotografía

Por medio de la presente, autorizo a las personas que Instituto Epicentro designe para realizar grabaciones de audio, video, así como fotografías de mi persona. Otorgo mi consentimiento expreso para que el registro y la información derivada de este material, así como mis datos de identificación puedan ser utilizados por Instituto Epicentro, con fines educativos en las redes sociales de Instituto Epicentro.

Así mismo, manifiesto que renuncio a todo derecho de inspeccionar o aprobar el material con mi imagen, por lo que me abstengo a ejercer y/o realizar cualquier denuncia y/o reclamación respecto a su uso, reiterando mi entera satisfacción y aceptación del mismo durante el tiempo que "Instituto Epicentro" considere conveniente.

Comprendo y autorizo lo descrito en líneas anteriores.

Nombre

nombre(s)

apellido paterno

apellido materno

Lugar:**Fecha:****Firma: de autorización del estudiante:****Firma del padre o tutor (si el estudiante sea menor de edad):**

Instituto Epicentro con domicilio en Camino a las Caleras 4286, Villas la Rioja, Municipio Monterrey, Nuevo León, Código Postal 64987, México, sitio web: institutoepicentro.com, correo electrónico info@epicentro.mx, teléfono (81) 2140-6750 hace de su conocimiento que la información de identificación y académica de usted, así como la información de identificación de terceros, será manejada de manera confidencial y que las finalidades para las cuales realizamos el uso de sus datos personales se relacionan con fines de contratación de servicios, prestación de servicios de trámites administrativos y escolares.