



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
 CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS No. 2
 "MIGUEL BERNARD"
 SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS E INTEGRACIÓN SOCIAL
 OFICINA DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS



CARTA RESPONSIVA

DISCIPLINA _____ CICLO ESCOLAR _____

PROFESOR _____

MÈXICO D. F. A__DE__DE 20_ .

M. EN E. PEDRO LULE LÓPEZ
DIRECTOR DEL CECyT No.2
"MIGUEL BERNARD"

POR MEDIO DE LA PRESENTE DOY MI AUTORIZACION A MI HIJO (A): _____

DEL GRUPO: _____ CON No. DE BOLETA: _____

PARA PARTICIPAR EN LA DISCIPLINA DEPORTIVA DE: _____

EN UN HORARIO DE: _____ LOS DIAS: _____

Y DECLARO QUE MI HIJO (A) SE ENCUENTRA FISICAMENTE SANO, YA QUE EL CERTIFICADO MEDICO
 ADJUNTO ASI LO DESCRIBE:

ESTOY CONCIENTE QUE AL REALIZAR UN DEPORTE EXISTEN RIESGOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD DE LA DISCIPLINA, POR LO QUE NO TENGO INCONVENIENTE EN QUE LA OFICINA DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS, SI ES NECESARIO, CANALICE A MI HIJO (A) AL SERVICIO MEDICO DEL PLANTEL, SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTRE DENTRO DEL HORARIO ACORDADO, BAJO LAS REGLAS Y NORMAS DE LA ACTIVIDAD ELEGIDA, DENTRO DEL REGLAMENTO DE LAS INSTALACIONES DEPORTIVAS.

ASI MISMO, AUTORIZO QUE EN CASO DE AMERITARLO, A MI HIJO (A), SE LE TRANSLADE AL HOSPITAL MAS CERCANO O A UNA CLINICA DEL IMSS Y SE ME NOTIFIQUE A LOS TELEFONOS:

CASA: _____

Y/O CELULAR: _____

NOMBRE

FIRMA

DEL PADRE O TUTOR

(Agregar fotocopia de IFE del Tutor)