

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

FORMULARIO DE DENUNCIA POR ACCIDENTE ALUMNO

1.- ESTABLECIMIENTO:
Escuela N°:..... Distrito Escolar:.....Estatal/Privada
Dirección (calle y numero).....
Localidad:.....Provincia: Cod. Postal:.....
Dirección de mail:..... Tel:.....
Autoridad escolar certificante (nombres apellido y cargo):.....
.....

2.- DATOS DEL ALUMNO ACCIDENTADO:
Apellido:.....Nombres:.....Edad:.....
Nacionalidad:.....D N I N°:..... Sexo:.....
Fecha de Nacimiento:..... Domicilio en;.....
.....Teléfono:..... Hijo/a de:.....
..... y de;
Condición de alumno:..... Grado:..... Turno:..... Periodo Escolar Año;.....
Lesiones emergentes del accidente:.....
.....
Centro Asistencial que intervino:.....
Medico:..... Antecedentes anteriores:.....
Observaciones:.....

3.- DETALLES DEL ACCIDENTE:

Lugar:.....

Fecha:..... Hora:.....

Como ocurrió:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.- PRESENTA SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS: (Importe)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

LUGAR Y FECHA:.....

Firma y sello de la Autoridad Escolar