DECLARACIÓN JURADA DEL SEGURO DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Yo, _____ padre ( ), madre ( ) o apoderado ( ) con documento de identidad N° _____, en representación de mi menor hijo(a) con nombre _____ con documento de identidad N° _____, declaro bajo juramento que, autorizo e informo a la IEP "Los Niños Reyes" (En adelante el "COLEGIO"), con razón social Av. Pinto N° 1760, RUC N° 20532995982, lo siguiente:

1. Conozco, que el COLEGIO no tiene convenio con ninguna clínica, hospital u otros análogos para la contratación de los seguros de salud de mi pupilo(a), por lo que, no he sido informado de ningún programa de protección de salud.
2. Informo, que soy el único responsable de la protección de salud de mi menor hijo(a), por lo que, pongo de conocimiento del COLEGIO, el seguro de protección de salud y el establecimiento donde deberá ser derivado mi menor hijo(a) en caso de emergencia:
   Nombre del establecimiento: _____
   Dirección: _____
   Referencia: _____
   Tipo de seguro: SIS ☐ ESSALUD ☐ EPS ☐ OTRO ☐
   Especificar OTRO: _____
3. Acepto, que soy el único responsable en mantener activo el seguro de protección de salud de mi pupilo(a), por lo que, los gastos derivados en caso de desprotección ante una emergencia son de mi responsabilidad.
4. Conozco, que en caso de emergencia el COLEGIO activará su protocolo de contingencias administrativas, referido al procedimiento de emergencia por accidentes.

Tacna, _____ de _____ del 2027

Firma y huella digital del PADRE DE FAMILIA	**Firma y huella digital de la MADRE DE FAMILIA**
Apellidos y Nombres: _____	**Apellidos y Nombres:** _____
N° de DNI: _____	**N° de DNI:** _____
Vínculo familiar: _____	**Vínculo familiar:** _____