

## **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: \_\_\_\_\_

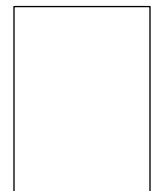
Referencia: \_\_\_\_\_

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 2024



**Firma y huella digital del PADRE DE FAMILIA**

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

N° de DNI: \_\_\_\_\_

Vínculo familiar: \_\_\_\_\_

**Firma y huella digital de la MADRE DE FAMILIA**

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

N° de DNI: \_\_\_\_\_

Vínculo familiar: \_\_\_\_\_