



Formato N.º 2

Llenar con letra clara y legible.

**CARTA DE AUTORIZACIÓN
DOMICILIO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

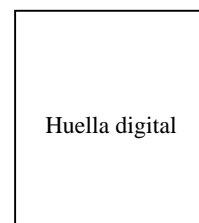
**Señor (a) Director(a) General del
Colegio de Alto Rendimiento de _____**
Presente.-

De mi consideración:

Yo, _____,
identificado(a) con DNI N.º _____, con domicilio real en
_____ del
distrito de _____, provincia de _____, departamento
de _____, en mi calidad de _____
(padre/madre/apoderado) del estudiante _____
_____, identificado(a) con DNI N.º
_____, de ____ años de edad; quien es estudiante del _____ grado del
Colegio de Alto Rendimiento (COAR) que usted dirige, **AUTORIZO SU CAMBIO DE
DOMICILIO LEGAL PARA FINES DE ATENCIÓN MÉDICA A LA SEDE DEL REFERIDO
COLEGIO DE ALTO RENDIMIENTO**, lo cual no significa su cambio de domicilio real o de
hecho.

Sin otro particular, me suscribo brindando todo el apoyo necesario a favor del desarrollo
integral de mi menor hijo(a).

Atentamente,



Nombre del Padre/Madre/Apoderado

Firma

Huella Digital

_____ (ciudad), ____ de _____ de 2015