

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD DATOS DE USUARIO

Datos del Padre

Nombre del Padre o Tutor	Edad	Ocupación

Teléfono	Celular	E mail

Empresa donde labora	Puesto que desempeña	Teléfono de Oficina

*Domicilio (en caso de ser diferente al del Usuario)	Colonia	Municipio

Nombre y Teléfono de algún familiar o vecino para llamar en caso de emergencia (no celular)	

Declaro que todos los datos asentados son correctos, que estoy de Acuerdo en cumplir con el reglamento interno de Ludoteca del Centro de Capacitación Ocupacional Manos a la Vida.

Firma

Nombre completo

Hermosillo, Sonora, México Fecha: _____.