

IES. VIERA Y CLAVIJO

PARTE DE ACCIDENTE ESCOLAR

D./D^a. :

en representación del IES. Viera y Clavijo, ubicado en Avda. Lora y Tamayo, s/n., La Laguna, con el cargo de
en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 11 de los Estatutos de la Mutualidad del Seguro Escolar, informa del siguiente
accidente escolar:

1. DATOS DEL /LA ESTUDIANTE:

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre
Fecha de nacimiento	Domicilio			
Código Postal	Localidad		Provincia	
Número de Seguridad Social: 38/100827434				

2. DATOS DEL ACCIDENTE:

Fecha en que ocurrió	Lugar del accidente		
Localidad:	Municipio:	Provincia: S/C. De Tenerife	
Descripción del accidente y de la actividad escolar que realizaba, causas y circunstancias que lo motivaron			
Testigos			
Parte del cuerpo lesionada			
Lugar al que ha sido trasladado/a			
Nombre y domicilio del médico que practicó la primera cura			

En San Cristóbal de La Laguna, a de de 20 .

El/La Secretario/a del Centro, D./D^a. :

CERTIFICA: Que el/la citado/a alumno/a, se encuentra matriculado en el curso y grupo:, durante el
presente curso académico y abonó/no abonó, al formalizar su matrícula, las tasas correspondientes al
Seguro Escolar.

Fdo.:

Cargo que ocupa:

Sello del Centro y firma