



PASE DE SALIDA

No. 2837

CONCENTRACIÓN: _____ SEMICONCENTRACIÓN: _____ UNIFUT: _____ MAYOR DE EDAD: _____

SAN AGUSTÍN TLAXIACA, HGO. A _____ DE _____ DEL 20 _____

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

CATEGORIA: _____

NIVEL ACADÉMICO: _____

FECHA DE SALIDA: ____ / ____ / ____ A LAS: _____ HRS. FECHA DE REGRESO: ____ / ____ / ____ A LAS _____ HRS.

MOTIVO: _____

QUIEN ACUDE: _____

DOMICILIO DONDE ME PUEDEN LOCALIZAR: _____

TELÉFONO: _____

CUERPO TÉCNICO DE LA CATEGORIA

Nombre y Firma del
Director Técnico

Nombre y Firma
Responsable Académico

Nombre y Firma
del Médico

Nombre y firma del
Encargado de Seguridad

Nombre y Firma
del Consejero

Nombre y Firma del
Padre de Familia

Nombre y Firma
del Alumno