

4. PADRES, TUTOR O ENCARGADO DEL ALUMNO

APELLIDO Y NOMBRES DEL PADRE	LC - LE - DNI - CI (POLICIA) (4)
APELLIDO Y NOMBRES DE LA MADRE	LC - LE - DNI - CI (POLICIA) (4)
TUTOR O ENCARGADO	LC - LE - DNI - CI (POLICIA) (4)

5. BENEFICIARIO

APELLIDO Y NOMBRES	TIPO DOCUMENTO (1)	NUMERO	POLICIA
--------------------	--------------------	--------	---------

DOMICILIO (Calle, Número, Piso, Departamento)

LOCALIDAD	COD. POSTAL	PROVINCIA	TELEFONO
-----------	-------------	-----------	----------

IMPORTE RECLAMADO	
-------------------	--

COMPROBANTES PRESENTADOS (5)

- (1) Tachar lo que no corresponda.
- (2) Específicamente detallado.
- (3) Indicar fecha, y en el caso de haber reclamado gastos por asistencia médica y farmacéutica también el monto.
- (4) Indicar junto con el número de documento, el tipo.
- (5) Se deberán presentar los comprobantes de pago pertinentes, con fecha de emisión e importes parciales y total, acompañados siempre por la receta suscripta por el profesional médico interviniente.
Se especificará si se trata de factura/s o ticket/s, debiendo contener una descripción del gasto o estar acompañados de un detalle similar.
Las facturas deberán estar extendidas a nombre y apellido del beneficiario.
Toda la documentación presentada deberá estar visada y sellada por la autoridad escolar certificante, condición necesaria e indispensable para iniciar los trámites inherentes a esta cobertura así como para cualquier reclamo posterior a que hubiere lugar.

.....
Firma y aclaración del beneficiario

.....
Firma y aclaración del padre, madre, tutor o encargado del alumno

.....
Firma y sello de la Autoridad Escolar certificante