

AUTORIZACIÓN
APLICACIÓN EXAMEN DE ADMISIÓN



SEÑORES
COLEGIO CIENTÍFICO DE COSTA RICA
SEDE SAN CARLOS

FECHA: 10 de octubre del 2025

Mediante el presente documento, yo (nombre completo del encargado legal) _____, cédula _____ en calidad de (padre, madre, encargado legal) _____, autorizo a mi hijo/a: _____, cédula: _____, procedente del colegio: _____

a que realice la **PRUEBA DE ACTITUD ACADÉMICA** que se ejecutará dentro de instalaciones del Instituto Tecnológico de Costa Rica, sede San Carlos, el **VIERNES 10 de OCTUBRE** de **2025** de 8:00am. a 12:00md.

Eximo de toda responsabilidad al centro educativo por cualquier incidente, caso fortuito que se genere durante la realización de esta prueba.

Informo además que nuestro hijo SI___ NO___ padece de la (s) siguiente (s) enfermedad(es): _____.

Actualmente SI ___ NO___ se encuentra bajo tratamientos médicos y SI___ NO___ toma el siguiente tratamiento.

Nombre del Tratamiento	Dosis

Si otorga el permiso

No otorga el permiso

OBSERVACIONES: _____

Firma del Padre ó Madre

Número Telefónico en caso de Emergencias

FAVOR PRESENTAR ESTE DOCUMENTO ANTES DE INGRESAR AL CAMPUS