



**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA UNIDAD LERMA  
CARTA RESPONSIVA Y LISTA DE PARTICIPANTES**

Folio No. \_\_\_\_\_

Los que firmamos esta carta somos alumnos de la licenciatura en \_\_\_\_\_ de la división \_\_\_\_\_ de la Unidad Lerma y le manifestamos nuestra conformidad para participar en la práctica de campo que se realizará el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ en la localidad \_\_\_\_\_ perteneciente al estado \_\_\_\_\_.

Con pleno conocimiento de los riesgos que este viaje implica, tanto por el traslado como por las actividades académicas de campo programadas, los asumimos bajo nuestra absoluta y exclusiva responsabilidad y así mismo, nos comprometemos a observar de manera estricta las medidas de seguridad y demás condiciones que se nos indiquen para el adecuado desarrollo de la práctica.

UEA: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_

NOMBRE	MATRICULA O NÚMERO ECONÓMICO	CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	TELÉFONO DEL CONTACTO (con clave lada)	DOMICILIO DEL CONTACTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	GRUPO SANGUÍNEO CONDICIONES MÉDICAS RELEVANTES	FIRMA
1.-							
2.-							
3.-							
4.-							
5.-							
6.-							

NOMBRE	MATRICULA O NÚMERO ECONÓMICO	CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	TELÉFONO DEL CONTACTO (con clave lada)	DOMICILIO DEL CONTACTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	GRUPO SANGUÍNEO CONDICIONES MÉDICAS RELEVANTES	FIRMA
7.-							
8.-							
9.-							
10.-							
11.-							
12.-							
13.-							
14.-							
15.-							
16.-							
17.-							

NOMBRE	MATRICULA O NÚMERO ECONÓMICO	CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	TELÉFONO DEL CONTACTO (con clave lada)	DOMICILIO DEL CONTACTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	GRUPO SANGUÍNEO CONDICIONES MÉDICAS RELEVANTES	FIRMA
18.-							
19.-							
20.-							
21.-							
22.-							
23.-							
24.-							
25.-							
26.-							
27.-							
28.-							

NOMBRE	MATRICULA O NÚMERO ECONÓMICO	CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	TELÉFONO DEL CONTACTO (con clave lada)	DOMICILIO DEL CONTACTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	GRUPO SANGUÍNEO CONDICIONES MÉDICAS RELEVANTES	FIRMA
29.-							
30.-							
31.-							
32.-							
33.-							
34.-							
35.-							
36.-							
37.-							
38.-							
39.-							

NOMBRE	MATRICULA O NÚMERO ECONÓMICO	CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	TELÉFONO DEL CONTACTO (con clave lada)	DOMICILIO DEL CONTACTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	GRUPO SANGUÍNEO CONDICIONES MÉDICAS RELEVANTES	FIRMA
40.-							
41.-							
42.-							
43.-							
44.-							
45.-							