

**FICHA DE EGRESO TEMPORAL DE UN MENOR
DE EDAD DEL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL PARA NIÑAS Y NIÑOS
CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL CIEN CORAZONES**

Fecha: _____

Nombre del encargado: _____

Cargo: _____

Identificación: _____

Teléfono: _____

Nombre y firma

DATOS DEL MENOR

Nombre: _____

Edad: _____

Expediente: _____

Domicilio: _____

Calle

No. Interior

No. Exterior

Colonia

Municipio

Teléfono

Motivo del Egreso Temporal:

Duración del Egreso temporal:



DATOS DEL QUIEN RECIBE AL MENOR DE EDAD

Nombre: _____

Cargo: _____

Identificación: _____

Institución: _____

Domicilio: _____

Calle

No. Interior

No. Exterior

Colonia

Municipio

Teléfono

Nombre y Firma

