



PO Box 311 Riderwood, MD 21139

Teléfono: 1-800-484-0419

MI: admin@lifeguardcertifications.com Web: lifeguardcertifications.com

Solicitud de autorización de estudiante (SAR)

Partícipe:

Nombre Apellido*: _____

Correo electrónico* _____ Teléfono*: _____

Dirección de envío*: _____

Fecha de finalización del curso: _____

Ciudad/Estado de Finalización del Curso: _____

Yo, _____, en el día de hoy ____ de _____ en

(Nombre y Apellido)

(día)

(mes)

_____ certifica que el participante mencionado anteriormente completó con éxito todos los componentes

(año)

requerido por la Academia Mundial de Seguridad y Salud (WASH) y como se describe en la versión más reciente del

Manual de Instructor de Salvavidas de WASH y Directrices de garantía de calidad, para obtener la certificación como:

_____.

Número de identificación del instructor: _____ Afiliación al centro de capacitación de instructores: _____

(Escriba el nombre del instructor)

(Firma del Instructor)

(Fecha)

(Escriba el nombre del participante)

(Firma del participante)

(Fecha)