



FORMATO DE SERVICIO PARA MENOR SIN ACOMPAÑANTE
UNACCOMPANIED MINOR PASSENGER SERVICE

DATOS DEL MENOR
MINOR INFORMATION

Fecha / Date: _____ Vuelo / Flight: _____ Origen / From: _____ Destino / To: _____
Nombre / Name: _____ Edad / Age: _____
Hora de salida / Departure Time: _____ Hora de llegada / Arrival time: _____ Identificación / ID: _____

PERSONA QUE ENTREGA AL MENOR
PERSON WHO DELIVER

Nombre / Name: _____
Parentesco / Relationship: _____
Dirección / Address: _____
Ciudad / City: _____ Estado / State: _____
Teléfono / Phone: _____ Identificación/ID: _____

PERSONA QUE RECIBE AL MENOR
PERSON WHO RECEIVE

Nombre / Name: _____
Parentesco / Relationship: _____
Dirección / Address: _____
Ciudad / City: _____ Estado / State: _____
Teléfono / Phone: _____ Identificación / ID: _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE ENTREGA AL MENOR /NAME AND SIGNATURE OF PERSON WHO DELIVER	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE AL MENOR /NAME AND SIGNATURE OF PERSON WHO RECEIVE
_____	_____
<i>Ratifico que la información que contiene esta forma es correcta y acepto las condiciones establecidas por AÉREO CALAFIA S.A. de C.V.</i>	<i>Hago constar que el menor de edad indicada en la presente, arribó a su destino sin ninguna dificultad.</i>

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE AÉREO CALAFIA S.A. DE C.V.		
NOMBRE Y FIRMA DEL AGENTE DE VENTAS Y SERVICIOS DE ORIGEN	NOMBRE Y FIRMA DEL AGENTE DE VENTAS Y SERVICIOS DE DESTINO	TRIPULACIÓN
_____	_____	_____