

AUTORIZACIONES CURSO 2024.2025

D/D^a _____ con DNI _____,
(padre/madre/tutor/a)

y D/D^a _____ con DNI _____,
(padre/madre/tutor/a)

del alumno/a _____ autorizamos:

(rodear la opción elegida y firmar el documento).

A **abandonar el centro** al finalizar la jornada lectiva, el comedor escolar o las actividades extraescolares, sin compañía de un familiar o adulto responsable el presente curso escolar.

SÍ

NO

A participar en las **actividades complementarias** que se realicen en el entorno cercano y que requieran la salida de las dependencias del colegio.

SÍ

NO

Al profesorado del centro a practicar los **primeros auxilios** o trasladar al alumno/a al centro médico correspondiente si fuera necesario.

SÍ

NO

Al profesorado del centro a comunicarse con las familias mediante **listas de difusión de WhatsApp**. Estas listas de difusión son privadas, nadie excepto el propietario de dicha lista, este caso el centro, puede acceder a la información de su número de teléfono. Deberán guardar en sus contactos el número de teléfono de centro, **628877413**, para poder recibir las notificaciones.

SÍ

NO

Incluir en la lista a: Padre Madre Ambos

Información sobre las necesidades sociosanitarias del alumno/a:

- Alergias, intolerancias alimentarias u otras patologías:

- Necesita tomar medicación durante el horario lectivo:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar dosis y horario)

En _____, ____ de _____ de _____

Fdo.- _____
(Padre/madre/tutor-a del alumno/a
Nombre, apellidos y firma)

Fdo.- _____
(Padre/madre/tutor-a del alumno/a
Nombre, apellidos y firma)

AUTORIZACIONES CURSO 2024.2025

D/D^a _____ con DNI _____,
(padre/madre/tutor/a)

y D/D^a _____ con DNI _____,
(padre/madre/tutor/a)

del alumno/a _____ autorizamos:

(rodear la opción elegida y firmar el documento).

A participar en las **actividades complementarias** que se realicen en el entorno cercano y que requieran la salida de las dependencias del colegio.

SÍ

NO

Al profesorado del centro a practicar los **primeros auxilios** o trasladar al alumno/a al centro médico correspondiente si fuera necesario.

SÍ

NO

Al profesorado del centro a comunicarse con las familias mediante **listas de difusión de WhatsApp**. Estas listas de difusión son privadas, nadie excepto el propietario de dicha lista, este caso el centro, puede acceder a la información de su número de teléfono. Deberán guardar en sus contactos el número de teléfono del centro, **628877413**, para poder recibir las notificaciones.

SÍ

NO

Incluir en la lista a: Padre Madre Ambos

Información sobre las necesidades sociosanitarias del alumno/a:

- Alergias, intolerancias alimentarias u otras patologías:

- Necesita tomar medicación durante el horario lectivo:

SÍ

NO

(En caso afirmativo, especificar dosis y horario)

En _____, ____ de _____ de _____

Fdo.- _____
(Padre/madre/tutor-a del alumno/a
Nombre, apellidos y firma)

Fdo.- _____
(Padre/madre/tutor-a del alumno/a
Nombre, apellidos y firma)