email: 42003852@educa.jcyl.es



AUTORIZACIONES CURSO 2024.2025

D/Dª	con DNI,
(padre/madre/tutor/a)	
y D/Dª	con DNI,
(padre/madre/tutor/a)	
del alumno/a	autorizamos:
(rodear la opción elegida y fi	rmar el documento).
A abandonar el centro al finalizar la jornad actividades extraescolares, sin compañía de presente curso escolar.	
SÍ	NO
A participar en las actividades complementaria y que requieran la salida de las dependencias de	•
	i colegio.
, que requieran la sanaa de las dependencias de	<u> </u>
Sí	NO
	NO eros auxilios o trasladar al alumno/a al
Sí Al profesorado del centro a practicar los prime	NO eros auxilios o trasladar al alumno/a al
Sí Al profesorado del centro a practicar los prime centro médico correspondiente si fuera necesar	NO eros auxilios o trasladar al alumno/a al io. NO
SÍ Al profesorado del centro a practicar los prime centro médico correspondiente si fuera necesar	NO Peros auxilios o trasladar al alumno/a al io. NO as familias mediante listas de difusión vadas, nadie excepto el propietario de er a la información de su número de sel número de teléfono de centro,
Al profesorado del centro a practicar los prime centro médico correspondiente si fuera necesar SÍ Al profesorado del centro a comunicarse con la de WhatsApp. Estas listas de difusión son prividicha lista, este caso el centro, puede accede teléfono. Deberán guardar en sus contactos	NO Peros auxilios o trasladar al alumno/a al io. NO as familias mediante listas de difusión vadas, nadie excepto el propietario de er a la información de su número de sel número de teléfono de centro,



email: 42003852@educa.jcyl.es



Información sobre las necesidades sociosanitarias del alumno/a:

	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Necesita tomar medicación durant	te el horario lectivo:	
SÍ	NO	
(En caso afirmativo, especificar do	osis y horario)	
Γm	مام	لہ م
En	,de	d
En	,de	

email: 42003852@educa.jcyl.es



AUTORIZACIONES CURSO 2024.2025

D/Dª	con	DNI	,
(padre/madre/tutor/a)			
y D/Dª	con	DNI	,
(padre/madre/tutor/a)			
del alumno/a			_ autorizamos:
(rodear la opción elegida y firmar el c	locume	<u>nto).</u>	
A participar en las actividades complementarias que se y que requieran la salida de las dependencias del colegio		ı en el eı	ntorno cercano
SÍ	NO		
Al profesorado del centro a practicar los primeros auxi	lios o t	rasladar	al alumno/a al
centro médico correspondiente si fuera necesario.			
SÍ	NO		
Al profesorado del centro a comunicarse con las familia			
de WhatsApp . Estas listas de difusión son privadas, na dicha lista, este caso el centro, puede acceder a la i			
teléfono. Deberán guardar en sus contactos el núm			
628877413 , para poder recibir las notificaciones.			
sí	NO		
Incluir en la lista a: Padre Madre An	nbos		



email: 42003852@educa.jcyl.es



Información sobre las necesidades sociosanitarias del alumno/a:

 Alergias, intolerancias alimentarias 	, ,	
Necesita tomar medicación durant	e el horario lectivo:	
SÍ	NO	
(For each of importing a supplify and	oie h e menia)	
(En caso afirmativo, especificar do	sis y norario)	
En	,de	de
·	Fdo	
re/madre/tutor-a del alumno/a	(Padre/madre/tutor-a del alum	nnc
bre, apellidos y firma)	Nombre, apellidos y firma)	