



## **AUTORITZACIÓ PER A MARXAR SOL/A DE L'ESCOLA**

### **Dades de l'alumne o alumna i dels pares, mares o tutors**

Nom i cognoms de l'alumne o alumna

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a legal de l'alumne/a

DNI/NIE/Passaport

**Autoritzo**  Sí  No a l'escola al meu fill/a de 4t, 5è o 6è sol/a de l'escola

*\* Els germans grans només podran a passar a buscar els petits (P3-3r) si estan a 4t o més.*

Canovelles, el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**Signat pare/mare/tutor/a**



## **AUTORITZACIÓ PER A MARXAR DE L'ESCOLA ACOMPANYAT/A DE:**

### **Dades de l'alumne o alumna i dels pares, mares o tutors**

Nom i cognoms de l'alumne o alumna

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a legal de l'alumne/a

DNI/NIE/Passaport

**Autoritzo**  Sí  No a l'escola a deixar marxar al meu fill / filla acompanyat/da de:

1. \_\_\_\_\_ DNI/Raó familiar \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ DNI/Raó familiar \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ DNI/Raó familiar \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ DNI/Raó familiar \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ DNI/Raó familiar \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_

*\* Els germans grans només podran a passar a buscar els petits (P3-3r) si estan a 4t o més.*

Canovelles, el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**Signat pare/mare/tutor/a**



## **AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE PARACETAMOL (Febre 38°)**

### **Dades de l'alumne o alumna i dels pares, mares o tutors**

Nom i cognoms de l'alumne o alumna

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a legal de l'alumne/a

DNI/NIE/Passaport

**Autoritzo  Sí  No a l'escola a administrar paracetamol al meu fill / filla en cas de febrer superior a 38° i no localitzar a cap membre de la família.**

*S'administrarà 0,15mg multiplicat pel pes de l'alumne.*

Canovelles, el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**Signat pare/mare/tutor/a**



## **AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS**

### **Dades de l'alumne o alumna i dels pares, mares o tutors**

Nom i cognoms de l'alumne o alumna

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a legal de l'alumne/a

DNI/NIE/Passaport

**Autoritzo al/a mestre/a a donar al meu fill/a els següents medicaments:**

NOM DEL MEDICAMENT: \_\_\_\_\_

DOSIS / QUANTITAT: \_\_\_\_\_

HORARI: \_\_\_\_\_

DEL DIA: \_\_\_\_\_ AL DIA: \_\_\_\_\_

Canovelles, el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**Signat pare/mare/tutor/a**