



AUTORITZACIÓ D'ASSISTÈNCIA MÈDICA*

En _____
(nom i cognoms del pare o tutor legal)

Na _____
(nom i cognoms de la mare o tutora legal)

pare, mare i/o tutor/a com a responsable de l'alumne/a

(nom i cognoms de l'alumne/a)

autoritzem els professors/es del centre a prendre les mesures relacionades amb hospitalització, operacions quirúrgiques, etc., en cas de possibles problemes de malaltia o accident. Per altra banda, els professors es comprometen a comunicar immediatament als pares o tutors qualsevol circumstància d'aquest tipus que pugui sorgir.

ADREÇA DELS PARES O TUTORS:

TELÈFONS PER A COMUNICAR-SE A QUALSEVOL HORA :

TELÈFON

LLOC/PERSONA

_____, ____ de _____, de 20 ____

Signatura del pare o tutor

Signatura de la mare o tutora

DNI del pare o tutor

DNI de la mare o tutora

***Aquesta autorització serà vàlida per tota l'escolarització infantil i primària.**