



Generalitat de Catalunya
Departament d'Ensenyament
Escola La Cabana

C. Vint-i-sis, 2 08794 Les Cabanyes
Tel. 93 818 02 28 Fax. 93 818 16 73
a8062705@xtec.cat



AUTORITZACIÓ CESSIÓ DE DADES

En/ Na _____, amb NIF o passaport núm. _____, en la condició de mare, pare o tutor/a legal i titular de la pàtria potestat del meu fill/a menor d'edat _____
_____ (escriure el nom i cognoms);

autoritzo a l'Escola La Cabana perquè cedeixi les nostres dades familiars (noms i telèfon/s) **a l'AMPA** , per a totes les activitats que organitza, amb finalitats educatives i/o d'emergència (malaltia del nen o la nena, etc.).

Aquesta autorització serà vigent durant tota l'escolarització de l'alumne/a; és a dir, des que entra al 2n Cicle d'Educació Infantil fins que acaba l'etapa de Primària (a 2n CS).

Si s'ha de fer alguna modificació durant el temps que l'alumne/a està al centre, la família ho ha d'informar a l'Equip Directiu del Centre per fer els canvis oportuns.

Signatura del pare, mare o tutor/a legal de l'alumne/a

Les Cabanyes, _____ de/d' _____ de 20____