



Generalitat de Catalunya
 Departament d'Educació
Escola J.J. Ràfols

Carrer de les escoles s/n
 08775 Torrelavit
 Tel. fax 93 899 59 74
 a8030613@xtec.net



En/na. _____ amb NIF _____

pare/mare / tutor/a de l'alumne _____

AL·LERGIES: _____

Malalties d'interès: _____

**Marcar amb un cercle
 l'opció escollida.**

Sí **No** DECLARO que voluntàriament comunico les dades de salut del meu fill/a a l'escola, per tal que el/la puguin atendre

Sí **No** AUTORITZO l'escola i als professors responsables del grup, a les decisions mèdico-quirúrgiques que fos necessari adoptar en cas de extrema urgència sota la pertinent direcció facultativa.

* Si hi ha qualsevol modificació cal comunicar-ho al Centre.

Signatura del pare, mare o tutor legal

Torrelavit,.....de de 20.....