



Nom de l'alumne /a:

**DADES DE LA MARE/ TUTOR:**

Nom i cognoms:..... DNI: .....

Correu electrònic: ..... Telèfon : .....

Adreça:..... Municipi : .....

**DADES DEL PARE/ TUTOR :**

Nom i cognoms:..... DNI: .....

Correu electrònic: ..... Telèfon : .....

Adreça:..... Municipi : .....

En el moment que es vulgui revocar aquesta autorització, s'haurà de notificar a la Direcció del centre.

**Autorització anual sortides:**

Autoritzem al meu fill/a a anar a totes les sortides que organitzi l'escola durant el curs escolar \_\_\_\_\_pel poble i votants de l'escola i que no necessitin utilitzar cap mitjà de transport.

SI  NO

Signatura del pare/ tutor

signatura de la mare/tutora

**Al·lèrgies i intoleràncies alimentàries:**

Al·lèrgies i intoleràncies alimentàries:.....

Tractament : .....

Adjunto informe mèdic  Adjunto informació adicional

Signatura del pare/ tutor

signatura de la mare/tutora

**Autorització per l'administració de PARACETAMOL :**

Autoritzo al centre educatiu a administrar paracetamol al meu fill/a, en cas de presentar febre superior a 38°C de temperatura corporal mentre s'espera l'arribada d'algun familiar que el pugui portar a casa.

SI  NO

Signatura del pare/ tutor

signatura de la mare/tutora