



## AUTORITZACIONS

**Ús d'imatge – Ús de Recursos Digitals – Sortides a l'Entorn -  
Trasllat en cas d'urgència - Correu electrònic – EAP - Altres**

### Dades alumne/a

Cognoms i nom :

Curs :

**PRIMÀRIA**

### Dades del pare, mare o representant legal

Cognoms i nom :

DNI / NIE / Passaport :

### Autoritzo

Curs: **2025-2026**

1. Que la imatge del meu fill o filla pugui aparèixer en fotografies i vídeos corresponents a activitats escolars lectives, complementàries i extraescolars organitzades pel centre i publicades a la pàgina web, a les xarxes socials del centre i de l'AFA, i a les revistes o publicacions editades pel centre d'àmbit educatiu:  
 Sí  No
2. Que el material elaborat pel meu fill o filla pugui ser publicat en els espais de comunicació (xarxes socials i espais web del centre) amb finalitat de desenvolupar l'activitat educativa:  
 Sí  No
3. Que en les pàgines web o xarxes socials i revistes editades pel centre hi consti el nom de l'alumne/a i del centre:  
 Sí  No
4. Que el centre gestioni la creació de l'usuari i contrasenya associats als següents recursos i serveis d'internet: **Correu personal, Eines Gsuite (Classroom, Drive, Docs...)** per al treball acadèmic, amb finalitats pedagògiques:  
 Sí  No
5. Que el meu fill o filla pugui participar en totes les sortides a l'entorn (que no comportin la utilització de transport i dins l'horari lectiu) que s'organitzin com a activitat de classe o general de centre:  
 Sí  No
6. Autoritzo al personal docent i/o al monitoratge del centre a traslladar fins al CAP de Breda en el seu cotxe particular, en cas que no localitzin a cap familiar i calgui una atenció mèdica urgent.  
 Sí  No



## **Gestió d'informació a través del correu electrònic**

---

Tant l'AFA com el centre volem continuar l'espai de comunicació i difusió d'informacions, propostes... A través del correu electrònic i de les eines de comunicació escolars. L'ús de les noves tecnologies ens faciliten un entorn proper a més de col·laborar amb l'estalvi de paper.

NOM	ADREÇA ELECTRÒNICA

Dono el consentiment a l'escola per donar aquestes dades personals a l'AFA i perquè m'enviïn informació de l'entitat: extraescolars, casals, entre d'altres.

Sí  No

## **Autorització d'atenció del psicopedagog/a de l'EAP (EAP G-10 La Selva B)**

---

L'EAP és un servei de suport i psicopedagògic i social als centres educatius i a la comunitat educativa. Una de les assessorament funcions bàsiques és identificar i avaluar les necessitats educatives especials de l'alumnat. (En cas de fer ús d'aquest servei s'informarà prèviament a la família).

Autoritzo que el meu fill/a sigui observat/da per l'EAP, dins del context escolar:

Sí  No

## **Ensenyaments alternatius o formació religiosa**

---

Desitgem que el/la nostre/a fill/a cursi:

**Formació religiosa:** catòlica

**Ensenyaments alternatius**

**Signatura dels pares o tutors**

Breda, ..... de .....de .....



## INFORME DE SALUT DE L'ALUMNE/A

**Dades alumne/a**

**Curs: 2025-2026**

Cognoms i nom : \_\_\_\_\_

Curs :

INFANTIL

PPRIMÀRIA

ESO

**Dades del pare, mare o representant legal**

Cognoms i nom : \_\_\_\_\_

DNI / NIE / Passaport : \_\_\_\_\_

1. **Patologia.** El meu fill/a té alguna patologia? (En cas afirmatiu cal adjuntar informe mèdic).

Sí  No

- Quina? \_\_\_\_\_
- La patologia impedeix el seguiment d'alguna matèria? \_\_\_\_\_
- Quina? Per què? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Observacions: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. **Medicaments.** Pren algun medicament que s'hagi de subministrar en hores lectives?

(En cas afirmatiu cal adjuntar informe mèdic).

Sí  No

- Nom del medicament: \_\_\_\_\_
- Posologia (freqüència): \_\_\_\_\_
- Observacions: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. **Al·lèrgies.** El meu fill/a té algun tipus d'al·lèrgia? (En cas d'haver de subministrar medicament, cal adjuntar l'informe mèdic).

Sí  No

- Quina/es? \_\_\_\_\_
- Actuació: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Medicació en cas de necessitat: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Observacions: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IE Montseny**

Manel Genovart, sn, 17400 Breda  
972699600 [iemontseny@xtec.cat](mailto:iemontseny@xtec.cat)



4. **Intoleràncies alimentàries.** El meu fill/a és intolerant a algun aliment? (Cal adjuntar informe mèdic).

Sí  No

• Quin/s? \_\_\_\_\_

• Actuació: \_\_\_\_\_

• Medicació en cas de necessitat: \_\_\_\_\_

• Observacions: \_\_\_\_\_

5. **Administració de paracetamol.** Autoritzo a l'equip docent a administrar paracetamol al meu fill/a en cas que sigui necessari.

Sí  No · Dosi: \_\_\_\_\_

**Signatura dels pares o tutors**

Breda, ..... de .....de .....