



AUTORITZACIÓ FAMILIAR

Jo _____ amb NIF/NIE/Passaport núm. _____
autoritzo el meu/la meva fill/a _____ del
curs _____ per tal que pugui participar en les sortides escolars que es facin a
l'Institut Escola d'Oliana, durant el curs escolar _____ - _____.

Així mateix faig constar, sota la meva responsabilitat, que la salut del meu/de la meva fill/filla
és satisfactòria i que l'alumne/a pot realitzar les activitats normals de les sortides escolars; i
dono el meu consentiment patern/matern, tan ampli com en dret procedeixi, per a que el
professor/a acompanyant pugui prendre respecte del meu fill/meva filla, les decisions
medicoquirúrgiques que fora convenient aplicar en cas d'urgència, sota la direcció facultativa
pertinent.

- Pateix alguna al·lèrgia? _____
- A què? _____
- Hi ha algun medicament que **NO** se li pugui administrar? _____
- Quin? _____

Adreça domicili: _____

Codi postal i localitat: _____

Adreça electrònica: _____

Telèfons: anoteu l'**ordre de prioritat** dels telèfons (1r, 2n, 3r), etc., **a qui pertanyen** (pare/mare/tutor/a, altres
familiars, etc...) i **especifiqueu** si són d'ús particular, domicili, feina, etc...

Firma: pare/mare i/o tutor/a

Oliana, _____ de/d' _____ de 20 _____

IMPORTANT

És convenient i responsabilitat de la família de l'alumne/a, que informeu dels canvis en les dades
personals, com poden ser telèfons, adreça domicili, adreça electrònica i d'altres que siguin
d'interès per al centre i que ho notifiqueu al més aviat possible al tutor/a del vostre/de la vostra
fill/a o a direcció/secretaria.