

AUTORITZACIÓ PER TRASLLAT DE L'ALUMNE A UN CENTRE DE SALUT

En/Na _____,
amb DNI _____, com a mare/pare/tutor legal, de l'alumne/a

de l'Institut Vapor del Fil.

AUTORITZA el trasllat del seu fill/a a un centre de salut amb l'acompanyament d'un membre del centre educatiu, preferentment de l'Equip Directiu o tutor corresponent, en el cas d'un accident lleu o necessitat de l'alumne/a.

Barcelona, a ____ de _____ de 2023

Signatura dels representants legals