



JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

C.E.I.P. MAESTRO GENARO RINCÓN

CURSO ESCOLAR 2019-2020

CALETA DE VÉLEZ

D. Día:..... con D.N.I:.....

Madre/padre/tutor/a del alumno/a:.....del curso :.....

AUTORIZO

NO AUTORIZO

A que mi hijo/a realice actividades extraescolares y complementarias realizadas por el entorno y programadas por los distintos ciclos para el presente curso escolar.

NOTA: Cuando las actividades sean fuera de la localidad y/o requieran uso de transporte público o aportación económica, el centro podrá pedir autorización expresa de su participación.

AUTORIZO

NO AUTORIZO

A que se pueda fotografiar o tomar vídeo a mi hijo/a en las actividades realizadas en el centro en el presente curso escolar, y que estos documentos puedan ser expuestos en los tabloneros del centro, wassap de clase, facebook y en nuestra televisión digital.

AUTORIZO

NO AUTORIZO

A que mi hijo/a, al término de la jornada escolar (14:00 horas), **se quede en el pasillo** de la entrada o en el porche del colegio esperando a su padre/madre o hermano/a mayor de secundaria (que sale a las 14:30). Eximiendo al centro de cualquier responsabilidad derivada de este hecho.

AUTORIZO

NO AUTORIZO

A que mi hijo/a, al término de la jornada escolar (14:00 horas), baje por el **zig-zag** hasta la puerta del aparcamiento. Eximiendo al centro de cualquier responsabilidad derivada de este hecho.

AUTORIZO

NO AUTORIZO

A que mi hijo/a, al término de la jornada escolar (14:00 o 14:30 horas), **salga solo** del centro. Eximiendo al centro de cualquier responsabilidad derivada de este hecho.

AUTORIZO

NO AUTORIZO

A que se le pueda administrar la siguiente medicación a mi hijo/a en caso de ser necesario habiendo dado con antelación las explicaciones necesarias para hacerlo.

NOTA: Medicación a suministrar:

.....
.....

AUTORIZO

NO AUTORIZO

Al centro para que en caso de requerir atención médica por accidente leve dentro del periodo lectivo y no habiendo sido posible localizarnos, nuestro hijo/a sea acompañado al centro médico más cercano por el personal docente.

Informo de los siguientes aspectos referidos a la salud de nuestro hijo/a (posibles alergias a la comida o a algún medicamento, dificultad respiratoria, enfermedad cardiovascular, dolencias, etc.)

.....
.....
.....

AUTORIZO A: recoger a mi hijo/a a la salida del centro a las siguientes personas:

NOMBRE Y APELLIDOS:.....
D.N.I.:.....**PASAPORTE:**.....
TELÉFONO:.....
PARENTESCO:.....

NOMBRE Y APELLIDOS:.....
D.N.I.:.....**PASAPORTE:**.....
TELÉFONO:.....
PARENTESCO:.....

NOMBRE Y APELLIDOS:.....
D.N.I.:.....**PASAPORTE:**.....
TELÉFONO:.....
PARENTESCO:.....

NOMBRE Y APELLIDOS:.....
D.N.I.:.....**PASAPORTE:**.....
TELÉFONO:.....
PARENTESCO:.....

Firma del padre/madre/tutor/a

En Caleta de Vélez a _____ de _____ de 20__