

D. _____ con D.N.I. _____ D. _____, como tutores/as legales del ALUMNO/A _____, matriculado/a en este Centro en el curso _____ de Educación _____.
---

Para contactar con la familia llamar a los siguientes teléfonos: _____(pertenece a _____)//_____(pertenece a _____) _____(pertenece a _____)//_____(pertenece a _____) COMUNICACIONES "PASEN": para recibir información del centro y/o de su hijo/a a través correo electrónico. Correos electrónicos: _____/ Domicilio: _____ C.P. _____ Localidad: _____
---

AUTORIZO A QUE, EN CASO DE ACCIDENTE O URGENCIA MÉDICA, LA DIRECCIÓN DEL CENTRO TOME LAS MEDIDAS QUE ESTIME OPORTUNAS PARA LA ATENCIÓN DE MI HIJO/A: <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 300px; margin-top: 5px;"></div> Firma de padre/madre o tutor/a legal ¿Padece alguna alergia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿a qué? _____ ¿Padece alguna enfermedad crónica? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿a qué? _____
--

DATOS DE INTERÉS: deben anotar y aportar documentación. Sentencias, custodias, régimen de visitas que afecten al horario escolar, informe médico ,etc. : _____ _____	
DURANTE EL HORARIO ESCOLAR O FINALIZADO, AUTORIZO, BAJO MI RESPONSABILIDAD, A QUE RECOJAN A MI HIJO/A LAS SIGUIENTES PERSONAS: • DNI _____ NOMBRE _____ • DNI _____ NOMBRE _____ • DNI _____ NOMBRE _____ • DNI _____ NOMBRE _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> SALIR SOLO/A DEL CENTRO , EXIMIENDO AL CENTRO DE  CUALQUIER RESPONSABILIDAD (SÓLO ALUMNADO DE 6º  PRIMARIA) </div>	Firma de padre, madre o tutor/a legal
OBSERVACIONES    	