



ESCOLA CAL MUSIC

AUTORITZACIÓ PER REBRE ASSISTÈNCIA DURANT EL SERVEI D'ACOLLIDA MATINAL I/O DE TARDA

DADES PERSONALS DEL NEN/A

Nom i cognoms _____ Data naixement _____ Curs _____

DADES PERSONALS DEL PARE/MARE O TUTOR

Nom i cognoms _____ DNI _____

Adreça _____ Núm. _____ Codi Postal _____ Localitat _____

Telèfon (pare, mare o tutor) _____ Correu electrònic _____

ASPECTES A TENIR EN COMPTE

No es donarà CAP tipus medicament si no hi ha una prescripció mèdica.

AUTORITZACIÓ

Sr/Sra. _____, amb DNI _____

pare/mare/tutor/a de l'alumne/a _____ de _____ curs.

AUTORITZO al monitor/a d'acollida matinal i/o de tarda que estigui al càrrec del meu fill/a que en cas d'una urgència (malaltia sobtada, accident, febre alta,..) pugui prendre les mesures més adients al respecte, (trasllat al centre sanitari més proper, administració de medicaments antitèrmics (paracetamol), pomades contra picadures d'insectes,..) sempre que sigui impossible que em localitzin durant el temps requerit per la presa de la decisió.

Signatura pare, mare, tutor/a