CEIP "Santísimo Cristo de la Salud"
C/ Magisterio nº 2
10440 Aldeanueva de la Vera
(Cáceres)
Tlfno: 927016909

Fax: 927016908

e-mail: cp. santisimocristodelasaludaldean@edu.juntaex.es

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Educación y Empleo

AUTORIZACIONES DE LA FAMILIA

Don/Doña:_____, con ☐DNI o ☐Pasaporte nº:_____
Como padre / madre o tutor legal del alumno/a: _____
a partir del curso académico____/____, mientras no modifique esta decisión:

EDUCACIÓN INFANTIL CURSO	EDUCACIÓN PRIMARIA CURSO
☐ 1 año ☐ 2 años ☐ 3 años ☐ 4 años ☐ 5 años	☐ 1º ☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐ 5º ☐ 6º

RECOGIDA DE MI HIJO/A

Finalizado el horario escolar autorizo a que recojan a mi hijo/a las personas:
Nombre:DNI:parentesco:
Nombre:DNI:parentesco:
Nombre:DNI:parentesco:
AUTORIZO que salga del centro con su hermano/a mayor:
AUTORIZO que salga solo/a del centro (Nombre) (curso)

Firma de padre, madre o tutor legal

Fdo: _____
_____a_____de
20___

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

AUTORIZO
A que mi hijo/a salga del colegio, con la supervisión del profesorado, para realizar las actividades complementarias programadas que se realicen dentro de la localidad.
NO AUTORIZO
A que mi hijo/a salga del colegio, con la supervisión del profesorado, para realizar las actividades complementarias programadas que se realicen dentro de la localidad.

Firma de padre, madre o tutor legal

Fdo: _____
_____a_____de
de 20___

PUBLICACIÓN DE IMÁGENES

AUTORIZO, a que se publiquen imágenes o fotografías de mi hijo/a en la página web de colegio, en exposiciones, murales, actividades o cualquier otro documento del centro siempre sin ánimo de lucro.
NO AUTORIZO, a que se publiquen imágenes o fotografías de mi hijo/a en la página web del colegio, en exposiciones, murales, actividades o cualquier otro documento de centro, siempre sin ánimo de lucro.

Firma de padre, madre o tutor legal

Fdo: _____
_____a_____de
de 20___

ACCIDENTES

AUTORIZO
A la dirección del centro, para que tome las medidas que estime más oportunas ante un accidente o una urgencia médica, para la atención de mi hijo/a.
NO AUTORIZO
A la dirección del centro, para que tome las medidas que estime más oportunas ante un accidente o una urgencia médica, para la atención de mi hijo/a.

Firma de padre, madre o tutor legal

Fdo: _____
_____a_____de
de 20___