



CEIP "ELS GRECS"

C/ Bernat Desclot, 12
17480 ROSES
Tel. 972 152 520



AUTORITZACIÓ PER PORTAR EL VOSTRE FILL O FILLA A UN CENTRE SANITARI

Benvolguts pares i mares:

Us volem recordar que en cas de que calgui portar el vostre fill o filla a un centre sanitari intentarem localitzar-vos telefònicament per a que sigueu vosaltres els que realitzeu aquesta gestió.

En cas de no poder localitzar-vos, o en cas d'urgència, seria un mestre o mestra o altra treballadora de l'escola qui portaria el vostre fill o filla al centre sanitari utilitzant transport privat o, si calgués, avisaríem una ambulància.

Us demanem que ens signeu una autorització per si calgués que fos un mestre o mestra o un altra treballadora qui portés el vostre fill o filla al centre sanitari.

També us volem recordar que per dispensar un **medicament** al vostre fill o filla en horari escolar heu de signar una altra autorització i adjuntar una còpia de la recepta mèdica. Us adjuntem un imprès d'autorització pel moment en que el necessiteu. En aquest mateix imprès també ens podeu comunicar si el vostre fill o filla pateix alguna **al·lèrgia**.

Salutacions,

El Director



..... amb DNI. n
Nom i cognoms del pare, mare, tutor o tutora Nombre del DNI o Permís de Residència o Passaport.

AUTORITZO al/a la mestre/a del meu fill/a
nom i cognoms del vostre fill o filla

o a la persona en qui delegui l'escola, a acompanyar-lo en cas necessari a un centre sanitari utilitzant transport privat.

Roses,de de 2.00...

Signatura