

AUTORITZACIÓ SORTIDES PER LA COMARCA

En/Na. _____ amb DNI núm. _____

Com a pare/ mare/ tutor de l'alumne/a _____

Sol·licito i autoritzo que el meu fill/a realitzi les sortides pedagògiques programades des de l'escola i la ZER La Cerdanya que es duguin a terme durant el curs escolar 2015-16 dins la comarca de La Cerdanya.

Els mestres acompanyants declinen, als pares o tutors legals de l'alumne, qualsevol responsabilitat per actituds negligents, irresponsables i de desobediència del nen/a.

En cas d'una conducta contrària a les normes bàsiques de convivència de la ZER o de l'empresa organitzadora, em comprometo a anar a buscar el meu fill/a on l'escola ho requereixi i a abonar totes les despeses extraordinàries que comporti aquest fet.

Signatura

Bolvir, Ger, Llívia, _____ de _____ de 2015

AUTORITZACIÓ MÈDICA

En cas d'urgència mèdica, dins l'horari escolar i en TOTES les activitats programades per l'escola i la ZER (dins o fora del recinte escolar) :

En/Na. _____ amb DNI núm. _____

Com a pare/ mare/ tutor de l'alumne/a _____

Sol·licito i autoritzo als mestres responsables del centre escolar a :

- ☐ Subministrar paracetamol al meu fill/a en cas que presenti febre superior a 38°C, mentre no arribin els pares a recollir-lo, o sigui traslladat a un servei mèdic en cas d'estar fora de la comarca.
- ☐ Traslladar a l'alumne a un centre sanitari amb taxi o ambulància per rebre atenció mèdica.
- ☐ En cas de ser atès en un centre mèdic, a subministrar la medicació prescrita pel facultatiu que l'hagi atès.

Sol·licito i autoritzo al centre mèdic consultat:

- ☐ A rebre l'atenció mèdica i/o a ser intervingut quirúrgicament d'urgència si els serveis mèdics ho consideren necessari.
- ☐ A realitzar les transfusions sanguínies oportunes que siguin considerades indispensables.

Dades mèdiques de l'alumne a tenir en compte en cas d'haver de fer ús de serveis mèdics:

Ha patit o pateix alguna malaltia important? NO ☐ SI ☐

QUINA? _____

Té alguna alergia a algun medicament? NO ☐ SI ☐ A QUIN? _____

Té alguna al·lèrgia o intolerància alimentària NO ☐ SI ☐ A QUÈ? _____

Està al corrent del calendari de vacunació? NO ☐ SI ☐

Pes del nen/a: _____

Altres aspectes a destacar i que considereu que s'hagin de tenir en compte

Signatura

Bolvir, Ger, Llívia, _____ de _____ de 2015