



AUTORITZACIONS CURS 2020-2021

En/na _____ amb DNI _____ pare,
mare o tutor de l'alumne/a _____ de l'escola
_____ de la ZER Empordà:

SORTIDES A L'ENTORN

Autoritzo el/la meu/meva fill/a a realitzar les sortides per l'entorn que es programin durant el curs actual:

SI NO

EDUCACIÓ FÍSICA

Informo que el meu/va fill/a pot seguir les classes pràctiques d'Educació Física amb normalitat.

SI NO

**En cas negatiu cal adjuntar certificat metge.*

DRETS D'IMATGE

Autoritzo que la imatge del meu fill/a pugui aparèixer en fotografies corresponents a activitats escolars lectives, complementàries i extraescolars organitzades pel centre docent i publicades en:

- La pàgina web i bloc del centre i de la ZER
- Filmacions destinades a difusió pública no comercial
- Fotografies per revistes, premsa o publicacions de l'àmbit educatiu

SI NO

SORTIR SOLS DEL CENTRE O PERSONES AUTORITZADES A RECOLLIR-LO

Autoritzo que el meu fill/a marxi sol de l'escola cap a casa, tant a les 12:15h (o sortida de SEP) com a les 16:30h.

SI NO

**En cas negatiu anoteu altres les altres persones que tenen permís per recollir el vostre fill/a i/o germans grans que autoritzeu:*

Nom i cognoms _____ DNI: _____

Nom i cognoms _____ DNI: _____

Nom i cognoms _____ DNI: _____

Nom i cognoms _____ DNI: _____

ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Autoritzo a administrar al meu fill/a la següent medicació:

Producte:

Dosi:

Horari: a les _____ hores

Calendari: des del dia fins al dia

Indicada pel/per la pediatre/a Dr./a.

L'ESCOLA QUEDA TOTALMENT EXCLOSA DE RESPONSABILITAT PELS EFECTES QUE AQUESTA MEDICACIÓ PUGUI OCASIONAR.

*** CAL ADJUNTAR FOTOCÒPIA DE LA RECEPТА MÈDICA ***

Data i signatura del pare mare o tutor