

ESCOLETA PETIT ANGELET AUTORIZACIONES

Sr./Sra.

Padre/Madre/tutor del niño:

Nombre del niño/a

1. Autorizo a: Escoleta Petit Angelet, como responsable de los servicios propios del centro de educación infantil en cuanto a los siguientes procedimientos:

2. Proporcionar el tratamiento o intervención médica y traslado necesario en el caso de que mi hijo sufra una caída/accidente que requiera de la intervención del pediatra o ambulatorio más cercano*

3. Autorizo que administren a mi hijo el antitérmico adecuado: Apiretal/ Dalsy. Conozco que la escoleta Petit Angelet no administrará medicamento alguno distinto de los anteriormente citados salvo autorización expresa de los padres/ tutores del niño y si así lo requiere mediante certificado médico y / o autorización escrita de la persona responsable.

Están autorizadas para recoger a nuestro hijo del centro:

Nombre y apellidos:	DNI:	
Parentesco:	Móvil:	Telf. casa:
Nombre y apellidos:	DNI:	
Parentesco:	Móvil:	Telf. casa:

Si le recogiera otra persona diferente a las autorizadas, se notificará previamente al centro facilitando el nombre y el DNI por escrito.

4. autorizo a la entidad bancaria mencionada a pagar de mi cuenta abajo indicada mediante Domiciliación Bancaria, los recibos presentados al cobro por la escoleta "PETIT ANGELET"

Titular: _____ N° de DNI _____

Entidad _____ Oficina _____ DC _____

N° de cuenta _____

5. Autorizo al centro a incluir fotos de mi hijo en sus publicaciones murales escolares, pagina Web y el DVD anual , con la expresa prohibición de que las mismas sean utilizadas para fines ajenos a los propósitos y fines del centro.

OBSERVACIONES

FIRMADO:

FECHA:

*Queda entendido que serán informados el padre o la madre a la mayor brevedad.

