



CENTRO: C.R.A. Alto Maestrazgo

LOCALIDAD: **PROVINCIA:**

ALUMNO/A:

NIVEL:

D./ Dña. :

PADRE / MADRE / TUTOR del alumno/a arriba reseñado, expresa su deseo de que su hijo/a curse enseñanza de: (márquese con una cruz)

- RELIGIÓN CATÓLICA.
- VALORES SOCIALES Y CÍVICOS.

En, a de de 20.....

EL PADRE, MADRE O TUTOR/A,

Fdo.:



AUTORIZACIONES

D. / Dña.padre / madre /
tutor / tutora del alumno/a

(Márquese con una cruz lo que proceda)

▪ **AUTORIZACIÓN SALIDAS:**

- Autorizo
 No autorizo

A mi hijo/a a realizar actividades docentes en horario lectivo fuera del recinto escolar.

▪ **AUTORIZACIÓN IMÁGENES:**

- Autorizo
 No autorizo

A mostrar la imagen de mi hijo/a, tanto en fotografías como en vídeos en publicaciones y/o revistas de carácter informativo y/o educativo.

▪ **AUTORIZACIÓN CLASSDOJO:**

- Autorizo
 No autorizo

A la creación de una cuenta en Classdojo para mi hijo/a.
Asimismo, facilito los siguientes datos para poder estar conectado con su clase y acceder a su portfolio digital:

- Dirección / direcciones de e-mail:

.....
.....

En Cantavieja, a de de 20.....

Fdo.



AUTORIZACIÓN - TRASLADO A CENTRO MÉDICO

D./Dña.....

Padre/madre/tutor/a del alumno/a.....

SOLICITO y a la vez **AUTORIZO** a que en caso de necesidad sanitaria mi hijo/a pueda ser trasladado/a a un centro médico utilizando algún vehículo particular o público tanto del personal del centro como de algún otro adulto presente en aquel momento.

A la vez, **ME COMPROMETO** que en caso de que durante el traslado sucediese algún percance, incidente, accidente o cualquier otra denominación que se le pueda dar, a **NO RESPONSABILIZAR** a la escuela, conductor o propietario del vehículo en cuestión, del mismo. Por lo tanto, **RENUNCIO** a realizar reclamación alguna y a solicitar indemnizaciones (excepto las que se puedan derivar de la póliza de seguro del vehículo en cuestión).

SI

NO

Este documento será válido mientras dure la escolarización de mi hijo/a en el CRA Alto Maestrazgo.

En....., de de 20.....

EL PADRE, MADRE O TUTOR/A,

Fdo.:



NOTIFICACIÓN ALERGIAS

D. / Dña.:padre /
madre / tutor/a del alumno/a:

INFORMO que a mi hijo/a le han sido diagnosticadas las siguientes alergias y/
intolerancias:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

En, a de de 20.....

EL PADRE, MADRE O TUTOR/A,

Fdo.

En caso de precisar medicación de urgencia, la familia debe cumplimentar el **anexo I y el consentimiento** incluidos en el Plan de Atención Sanitaria del Centro según la RESOLUCIÓN de 7 de Noviembre de 2017, de la Dirección General de Ordenación Académica, la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud y la Dirección General de Salud Pública, por la que se dictan instrucciones relativas a la organización y el funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón.



ANEXO I

PRESCRIPCIÓN MÉDICA, ATENCIÓN EDUCATIVA EN TIEMPO ESCOLAR POR PERSONAL NO SANITARIO, CONSENTIMIENTO FAMILIAR Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDADES

Al niño/a:

Se le debe administrar en horario escolar la siguiente medicación:

- Medicamento (nombre comercial):
- Dosis:
- Procedimiento/vía de administración:
-
- Momento preferente de administración:
- Duración (fecha finalización):
- Conservación:
- Posibles efectos secundarios:
- Otras observaciones:
-

Se le deben realizar en horario escolar las siguientes actuaciones:

.....
.....
.....
.....

Otras observaciones:

.....

ADMINISTRACIÓN EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA:

Puede presentar la siguiente situación de emergencia:

.....
.....
.....



Que el profesional del centro docente podrá identificar según los síntomas o signos que se señalan:

.....
.....
.....
.....

En ese momento, deberá realizar la siguiente intervención:

- Medicamento:
- Dosis:
- Procedimiento/vía de administración:
-
-
-
-
- Duración (fecha finalización):
- Conservación:
- Posibles efectos secundarios:
- Otras observaciones:
-
-

Facultativo que prescribe el tratamiento:

Fecha:

Fdo.

Nº Colegiación:



CONSENTIMIENTO DEL PADRE, MADRE, TUTOR O TUTORA LEGAL

D./D^acon DNI

En calidad de tutor/a legal del niño/a:

EXPRESO:

- Que he sido informado por el facultativo arriba firmante de todos los aspectos relativos a la administración prescrita en tiempo escolar y por parte de personal no sanitario en el centro docente-
- Que he recibido del centro docente la información sobre el procedimiento que se va a seguir para atender y administrar el medicamento en situaciones de emergencia y señalo que estoy conforme con el citado procedimiento.

Por lo tanto, AUTORIZO que se administre a mi hijo/a el medicamento descrito anteriormente por parte del personal no sanitario del centro docente y me hago totalmente responsable de esta decisión, liberando al centro educativo y al personal no sanitario de cualquier responsabilidad y de cualquier contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro del medicamento y/o actuación prescrita a mi hijo/a.

En, a de de

Fdo.