

DADES I AUTORITZACIONS

ALUMNE/A:	
------------------	--

DADES DEL PARE/TUTOR

Nom i llinatges:			
Telèfon mòbil:			
Correu electrònic:			
Titular de la pàtria potestat:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Comunicacions			
Autoritza les comunicacions des del centre/Conselleria:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
(*) En cas d'autoritzar les comunicacions, marca a continuació amb una X els mitjans que el centre pot utilitzar			
(**) Aquesta selecció no afecta els mitjans que pugui emprar la Conselleria			
	Correu electrònic	Tel. mòbil	
Missatges immediats:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Missatges d'informació general en matèria educativa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Missatges de faltes d'assistència:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autoritzacions (marcau amb una X)			
Enviar informació de l'alumne/l'alumna:	<input type="checkbox"/>	Sortides escolars:	<input type="checkbox"/>
Autorització ús imatge:	<input type="checkbox"/>	Trasllat al centre de salut:	<input type="checkbox"/>
Administració de medicaments sota prescripció mèdica:	<input type="checkbox"/>		

DADES DEL MARE/TUTORA

Nom i llinatges:			
Telèfon mòbil:			
Correu electrònic:			
Titular de la pàtria potestat:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Comunicacions			
Autoritza les comunicacions des del centre/Conselleria:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
(*) En cas d'autoritzar les comunicacions, marca a continuació amb una X els mitjans que el centre pot utilitzar			
(**) Aquesta selecció no afecta els mitjans que pugui emprar la Conselleria			
	Correu electrònic	Tel. mòbil	
Missatges immediats:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Missatges d'informació general en matèria educativa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Missatges de faltes d'assistència:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autoritzacions (marcau amb una X)			
Enviar informació de l'alumne/l'alumna:	<input type="checkbox"/>	Sortides escolars:	<input type="checkbox"/>
Autorització ús imatge:	<input type="checkbox"/>	Trasllat al centre de salut:	<input type="checkbox"/>
Administració de medicaments sota prescripció mèdica:	<input type="checkbox"/>		



Sa Coma a _____ de _____ de 2017

Signatura del pare/tutor o alumne

Signatura de la mare/tutora

Política de privadesa: De conformitat amb l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades (LOPD) i l'art. 12 del Reial Decret 1720/2007, us informam que les dades de caràcter personal facilitades seran incorporades per al seu tractament en un arxiu automatitzat titularitat de la Conselleria d'Educació i Universitat, amb domicili al carrer Alfons el Magnànim, 29, 07004 de Palma. En qualsevol moment podeu exercir els drets reconeguts en la Llei, en particular els d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, adreçant-vos per escrit a aquesta Conselleria, a l'adreça postal abans indicada o bé per mitjà d'un missatge electrònic enviat a l'adreça de correu electrònic del centre. També ho podeu fer presentant un escrit a qualsevol dels llocs que preveu l'art. 38.4 de la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de règim jurídic de les administracions públiques i del procediment administratiu comú.

Sempre que la família de l'alumne/a no notifiqui algun canvi, aquestes autoritzacions seran vigents fins a la finalització de la seva escolarització en el centre.

 <p>AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001 ER-0319/2014</p>		FULL AUTORITZACIONS i INFORMACIONS CEIP PUNTA DE N'AMER	MD 010208-2
--	---	--	-------------

NOM ALUMNE/A: _____ **NASCUT L'ANY:** _____

SITUACIÓ FAMILIAR:	<input type="checkbox"/> CASATS	<input type="checkbox"/> SEPARATS*	<input type="checkbox"/> DIVORCIATS*
	<input type="checkbox"/> MONOPARENTALS	<input type="checkbox"/> PARELLA DE FET	<input type="checkbox"/> VIUDO/A
	<input type="checkbox"/> ALTRES(EXPLICAU QUINA):		

*En cas de disposar d'una sentència s'ha de lliurar una còpia al tutor/a per guardar a l'expedient.

INFORMAM:

El meu fill/filla/tutoritzat presenta aquesta malaltia/al·lèrgia/ intolerància: _____

Actuacions a tenir present en cas de patir la malaltia/ l'al·lèrgia/ la intolerància(En cas de disposar informe mèdic cal adjuntar-lo):

El meu fill/filla/tutoritzat **NO** té a la data signada cap malaltia, al·lèrgia, intolerància que pugui afectar en el seu desenvolupament i activitat en el centre.

Sa Coma a _____ de _____ de 201

Signatura del pare/tutor

Signatura de la mare/tutora

Sempre que la família de l'alumne/a no notifiqui algun canvi, aquestes informacions seran vigents fins a la finalització de la seva escolarització.