DADES I AUTORITZACIONS

ALUMNE/A:	

DADES DEL PARE/TUTOR

Nom i llinatges:			
Telèfon mòbil:			
Correu electrònic:			
Titular de la pàtria potestat:		☐ Sí	☐ No
Comunicacions			
Autoritza les comunicacions des del centre/Conselleria:		☐Sí	☐ 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:		☐	☐
Missatges d'informació general en matèria educativa:		☐	☐
Missatges de faltes d'assistència:		☐	☐
Autoritzacions (marcau amb una X)			
Enviar informació de l'alumne/l'alumna:	☐	Sortides escolars:	☐
Autorització ús imatge:	☐	Trasllat al centre de salut:	☐
Administració de medicaments sota prescripció mèdica:	☐		

DADES DEL MARE/TUTORA

Nom i llinatges:			
Telèfon mòbil:			
Correu electrònic:			
Titular de la pàtria potestat:		☐Sí	☐ No
Comunicacions			
Autoritza les comunicacions des del centre/Conselleria:		☐ Sí	☐ 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:		☐	☐
Missatges d'informació general en matèria educativa:		☐	☐
Missatges de faltes d'assistència:		☐	☐
Autoritzacions (marcau amb una X)			
Enviar informació de l'alumne/l'alumna:	☐	Sortides escolars:	☐
Autorització ús imatge:	☐	Trasllat al centre de salut:	☐
Administració de medicaments sota prescripció mèdica:	☐		

Sa Coma a _____ de _____ de 2018

Signatura del pare/tutor o alumne

Signatura de la mare/tutora

Les dades tractades per a l'enviament d'aquesta informació procedeixen d'un fitxer registrat en l'APD, la titularitat i responsabilitat del qual correspon al CEIP Punta de n'Amer, que prendrà les mesures necessàries per garantir-ne la seguretat i la confidencialitat, i l'utilitzarà per fer comunicacions. Vostè podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, oposició i cancel·lació adreçant-se per escrit al C/Roselles 17, Sa Coma o a la Conselleria d'Educació i Universitat de les Illes Balears, o per correu electrònic a direccio@ceippuntadenamer,org.

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.

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

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

SITUACIÓ FAMILIAR:

***IMPORTANT. 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):

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Altres Observacions a tenir present:

_____
_____
_____

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

Sa Coma a _____de _____ de 2018

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.