



AUTORITZACIÓ COLÒNIES ESCOLARS I ASSISTÈNCIA MÈDICA

En/Na _____ amb DNI nº _____

Autoritza al seu/seva fill/a _____ del nivell i grup: _____ a assistir a les colònies escolars del present curs acadèmic, organitzades pel Col·legi Joan Bardina, i fa extensiva aquesta autorització a les decisions mèdiques i/o quirúrgiques que calgui adoptar, en cas d'extrema gravetat, sota la direcció facultativa pertinent i a que en cas de necessitat, el seu fill/a sigui traslladat en el vehicle privat destinat a l'ús d'emergències, amb les mesures de seguretat pertinents.

Telèfon de contacte amb els pares o tutors legals: _____

Altres telèfons: _____

Observacions importants de caràcter mèdic que cal que els facultatius coneguin: (al·lèrgies medicamentoses conegudes - malalties cròniques i/o actuals, estiguin o no en tractament - medicacions cròniques i/o actuals -...)

Cal adjuntar: fotocòpia del **carnet de vacunes** i de la **targeta sanitària** de l'alumne/a.

Signat:pare, mare o tutor legal

Sant Boi de Llobregat, a _____ de _____ de _____

El Col·legi Joan Bardina garanteix la confidencialitat en el tractament de les dades de caràcter personal que es recullen en aquest full.