



AUTORITZACIÓ DE SALIDA, ASISTENCIA MÉDICA Y ACCEPTACIÓ DE LAS CONDICIONES

Sr/Sra _____ con DNI nº: _____

Autoriza a su hijo/a _____ del nivel y grupo: _____

a asistir a la salida a _____ del presente curso académico, organizadas por el Colegio Joan Bardina, y hace extensiva esta autorización a las decisiones médicas y/o quirúrgicas que sea necesario adoptar, en caso de extrema gravedad, bajo la dirección facultativa pertinente y a que en caso de necesidad, su hijo/a sea trasladado/a en el vehículo privado destinado al uso de emergencias, con las medidas de seguridad pertinentes.

También da su aceptación a las condiciones de la salida y a las normas de funcionamiento y disciplina y se compromete a que en caso de que el comportamiento de su hijo/a sea inadecuado, o ponga en peligro su integridad física y/o la de el resto del grupo, así como si causa desperfectos materiales, se hará cargo de cubrir estos gastos y las generadas por el regreso de su hijo/a antes del fin de la estancia, o la recogida de este/a al lugar dónde se realiza la salida.

Teléfono de contacto con los padres o tutores legales: _____

Otros teléfonos: _____

Observaciones importantes de carácter médico que es necesario que los facultativos **CONOZCAN**: (alergias medicamentosas conocidas - enfermedades crónicas y/o actuales, estén o no en tratamiento - medicaciones crónicas y/o actuales -...)

Firmado:
padre, madre o tutor legal

Sant Boi de Llobregat, a _____ de _____ de 20__

El Colegio Joan Bardina garantiza la confidencialidad en el tratamiento de los datos de carácter personal que se recogen en esta hoja.