



AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA DEL ALUMNO/A EN EL CENTRO EDUCATIVO
(RELLENAR UNA DE LAS DOS OPCIONES)

• **OPCIÓN 1:**

D/Dña..... con DNI.....
 como madre, padre o tutor/a del alumno/a.....
 que actualmente está cursando de Educación en el Centro Educativo CRA de
 Lozoyuela (Madrid) en el curso escolar 20...../ 20....., **autorizo a las siguientes personas abajo nombradas
 a recoger a mi hijo/a en el Centro Educativo.**

Persona autorizada y relación con el alumno/a (padre, madre, tío/a, abuelo/a, etc.)	Teléfono de contacto

• **OPCIÓN 2:**

D/Dña..... con DNI.....
 como madre, padre o tutor/a del alumno/a.....
 que actualmente está cursando de Educación en el Centro Educativo CRA de
 Lozoyuela (Madrid) en el curso escolar 20...../ 20....., **autorizo a que mi hijo/a vaya solo/a a casa desde el
 Centro Educativo.**

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

Firma Madre/Padre

Firma Madre/Padre



AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DEL ALUMNO/A

Me comprometo a comunicar a la Dirección del Centro la información sobre la salud de mi hijo o hija con respecto a:

- 1) Toda enfermedad contagiosa en el mismo momento que le sea diagnosticada.
- 2) Las reacciones alérgicas graves a medicamentos o alimentos (adjuntando informe médico).

En caso de que mi hijo o hija sufra una enfermedad importante, o datos de relevancia para su escolarización normalizada, me comprometo a presentar personalmente al Director del Centro Educativo el informe confidencial de mi hijo/a así como a tenerle informado de cualquier evolución relacionada con su patología. En caso de ser necesario, depositaré en el Centro Educativo los medicamentos con una fotocopia de la correspondiente receta y el informe médico.

En caso de que mi hijo o hija presente un cuadro médico particular, me comprometo con ocasión de un viaje o visita escolar a entregarles dicha información confidencial en sobre cerrado, que sólo se abriría en caso de necesidad.

AUTORIZACIÓN TRASLADO AL CENTRO MÉDICO

Autorizo a la Dirección, profesorado y personal (primeros/as del cole, comedor, servicios de ampliación de horario, etc.) del Centro Educativo, a tomar las medidas que consideren oportunas **para el traslado y tratamiento de mi hijo o hija en caso de necesidad urgente**. Esta autorización es también válida para todas las salidas complementarias y viajes escolares en los que pudiera participar el/la alumno/a.

(Rodear la opción que se desea)

SI

NO

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

Firma Madre/Padre

Firma Madre/Padre



INFORMACIÓN DATOS MÉDICOS DEL ALUMNO/A

D/Dña..... con DNI.....
 como madre, padre o tutor/a del alumno/a.....
 que actualmente está cursando de Educación en el Centro Educativo CRA de
 Lozoyuela (Madrid) en el curso escolar 20...../ 20....., **informo al Centro Educativo de los siguientes datos
 médicos de mi hijo/a y que son relevantes para su día a día en el Centro Educativo.**

(Rodear la opción correcta y en caso afirmativo indicarlos entregando certificación médica)

- **¿Tiene su hijo/a problemas cardiovasculares?** **SI** **NO**

- **¿Padece algún tipo de alergia?** **SI** **NO**

- **¿Tiene dificultades respiratorias?** **SI** **NO**

- **Otros problemas o dificultades que considere oportuno señalar (alimentación, visual, auditivo, motórico, etc.)**

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

Firma Madre/Padre

Firma Madre/Padre



**AUTORIZACIÓN PARA EL ALUMNADO DE LA RUTA ESCOLAR DEL
 CRA DE LOZOYUELA Y EL COMPROMISO QUE ASUMEN COMO USUARIOS/AS**

D/Dña..... con DNI.....
 como madre, padre o tutor/a del alumno/a.....
 que actualmente está cursando de Educación en el Centro Educativo CRA de
 Lozoyuela (Madrid) en el curso escolar 20...../ 20....., me comprometo a utilizar diariamente la ruta de
 transporte escolar organizada por el Centro Educativo.

A efectos de organización de ruta y determinación de la parada que corresponda, se informa que el
 domicilio habitual de los/as alumno/a/s es el siguiente:

Dirección:..... **CP:**.....
Localidad:.....
Teléfono:..... **Email:**.....

La presente autorización conlleva la obligación por parte de los alumnos/as y familias, de ser puntuales
 tanto a la ida como a la vuelta del Centro Educativo, así como a colaborar con el correcto funcionamiento y
 normal desarrollo del servicio transporte escolar.

Tratándose de **niveles no obligatorios**, los/las abajo firmante/s, reconocen expresamente que la
 utilización del transporte se encuentra condicionada a la existencia de vacantes, es decir, que lo disfrutan en
 precario, de modo que a lo largo del curso si fuera necesaria su plaza para transportar alumnos/as de niveles
 obligatorios, dejarán de utilizar dicho transporte escolar, sin que por tal motivo pueda formular reclamaciones de
 ninguna clase. Para ello será suficiente con una comunicación escrita del centro, en la que se notificará la fecha
 a partir de la cual no podrá continuar utilizando el transporte escolar.

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

Firma Madre/Padre

Firma Madre/Padre



AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA DEL ALUMNO/A
EN LA PARADA DE LA RUTA ESCOLAR
(RELLENAR UNA DE LAS DOS OPCIONES)

• **OPCIÓN 1:**

D/Dña..... con DNI.....
 como madre, padre o tutor/a del alumno/a.....
 que actualmente está cursando de Educación en el Centro Educativo CRA de
 Lozoyuela (Madrid) en el curso escolar 20...../ 20....., **autorizo a las siguientes personas abajo nombradas
 a recoger a mi hijo/a en la parada de la ruta escolar.**

Persona autorizada y relación con el alumno/a (padre, madre, tío/a, abuelo/a, etc.)	Teléfono de contacto

• **OPCIÓN 2:**

D/Dña..... con DNI.....
 como madre, padre o tutor/a del alumno/a.....
 que actualmente está cursando de Educación en el Centro Educativo CRA de
 Lozoyuela (Madrid) en el curso escolar 20...../ 20....., **autorizo a que mi hijo/a vaya solo/a a casa desde la
 parada de la ruta escolar.**

En.....a.....de.....de 20....

Firma Madre/Padre

Firma Madre/Padre