



AUTORITZACIONS CURS _____

Sr/Sra _____

pare/mare de l'alumne/a _____

Autoritze al meu fill/a a participar en les activitats extraescolars, que impliquen eixides del centre, que es realitzen en la localitat d'Oliva en l'horari lectiu durant el curs escolar.

Signatura del pare/mare/tutor/a

Autoritze a que en l'escola l'administració sanitària pugua fer revisions dentals i oculars al meu fill/a. També a que l'escola pugua cedir-los dades referents a cognoms, nom, data de naixement i grup per a activitats de caràcter sanitari d'interès general.

Signatura del pare/mare/tutor/a