



AUTORITZACIONS ORDINÀRIES CURS ESCOLAR 2021/2022

En/Na

amb DNI _____ com a pare/mare/tutor-a de l'alumne

_____ del Curs _____

Autoritzo al meu fill/a a participar en totes les activitats i sortides culturals que organitzi el Col·legi La Farga, aprovades pel Consell Escolar, consignades al calendari escolar 2021/2022 de l'escola, de les que prèviament tindrè coneixement.

| | | | |
|----|--------------------------|----|--------------------------|
| SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|----|--------------------------|

AUTORITZO el meu fill/a a marxar sol de l'escola cap a casa, durant el present curs 2021/2022 un cop acabada l'activitat escolar, donat que no vindrem normalment a recollir-lo.

| | | | |
|----|--------------------------|----|--------------------------|
| SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|----|--------------------------|

El meu fill/a anirà a dinar a casa i ens fem responsables que marxi sol de l'escola a partir de les 12:30 hores si és de PRIMÀRIA i a partir de les 13:35 hores si és d'ESO o BATXILLERAT.

| | | | |
|----|--------------------------|----|--------------------------|
| SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|----|--------------------------|

Autoritzo al centre educatiu LA FARGA a administrar al meu fill/a paracetamol en cas de presentar febre superior a 38° C de temperatura corporal mentre s'espera l'arribada d'algun familiar que el pugui portar a casa. **A excepció dels casos sospitosos de COVID-19.**

| | | | |
|----|--------------------------|----|--------------------------|
| SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|----|--------------------------|

Autoritzo que el meu fill sigui acompanyat en cotxe, (particular o taxi), per un mestre, professor, conserge o monitor del centre, en cas de necessitat per malaltia o accident lleu o greu, fins al Centre d'Assistència Primària, al Policlínic Torreblanca o bé a l'Hospital més accessible, si no ens podeu localitzar. Exornant-vos de responsabilitat en cas d'accident i empitjorament de la malaltia o dany durant el trasllat al centre sanitari.

| | | | |
|----|--|----|--|
| SI | | NO | |
|----|--|----|--|

Lloc i data, signatura del pare, mare, tutor/a

Nota:

Es prega marcar amb un \checkmark l'opció que correspongui

Exemple en el cas afirmatiu.

| | | | |
|----|--------------|----|--|
| SI | \checkmark | NO | |
|----|--------------|----|--|