



C.E.I.P. S'OLIVERA
FINCA S'OLIVERA S/N
07813 PUIG D'EN VALLS
TEL I FAX 971 19 05 47
Adreça electrònica: ceipsolivera@educaib.eu

AUTORITZACIÓ PER TRASLLADAR A UN/A LUMNE/A

En cas d'urgència mèdica durant el curs 202..../202.....

Nom i llinatges de l'alumne/a: _____

Centre educatiu _____

Curs: _____

Nom i llinatges del pare/mare/o tutor legal: _____

Nº D.N.I. _____

Com a pare/ mare/ tutor/a legal, AUTORITZO el trasllat de l'alumne/a en qüestió,
a urgències mèdiques amb l'acompanyant d'un membre del centre educatiu,
preferentment de l'Equip Directiu o tutor corresponent.

_____, _____ de _____ de 20__

Signatura



C.E.I.P. S'OLIVERA
FINCA S'OLIVERA S/N
07813 PUIG D'EN VALLS
TEL I FAX 971 19 05 47
Adreça electrònica: ceipsolivera@educaib.eu

AUTORITZACIÓ PER TRASLLADAR A UN/A ALUMNO/A

En caso de urgencia mèdica durante el curso 202..../202.....

Nombre y apellidos del alumno/a: _____

Centro educativo _____

Curso: _____

Nombre y apellidos del padre/madre/o tutor legal: _____

Nº D.N.I. _____

Como padre/ madre/ tutor/a legal, AUTORIZO el traslado del alumno/a en
cuestión, a urgencias mèdicas con el acompañante de un miembro del centro
educativo, preferentemente del Equipo Directivo o tutor correspondiente .

_____, _____ de _____ de 20__

Firma