



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