

D./Dña.
con D.N.I. nº: como representante legal del
alumno/-a:....., del grupo.....
de este colegio, por la presente **AUTORIZO** a la Dirección y al profesorado del centro a
tomar la medidas que consideren oportunas para el traslado y tratamiento de mi hijo/a o
tutelado/a, en caso de enfermedad o accidente mientras se encuentra a su cargo en el
colegio, al objeto de que reciba la atención médica precisa.

Esta autorización es también válida para todas las salidas o viajes escolares en
las que participe.

Asimismo **ME COMPROMETO** a comunicar a la Dirección del Centro la información
sobre la salud de mi hijo/-a o tutelado/-a 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).
3. A presentar personalmente a la Dirección del Centro el informe confidencial de mi hijo/-a o tutelado/-a en el caso de que padezca alguna enfermedad importante y, a depositar, si fuese necesario, en la Dirección del Centro, los medicamentos que precise (con una fotocopia de la correspondiente receta) y el informe médico.
4. A entregar la información necesaria, confidencial y en sobre cerrado, sobre cualquier cuadro médico particular que presente mi hijo/-a o tutelado/-a con ocasión de algún viaje o visita escolar que solamente se abriría en caso de necesidad.

En, a de de 20.....

El padre/madre/tutor/tutora legal

Fdo.:.....

*Por su parte **EL CENTRO SE COMPROMETE** a comunicar a la familia, por la vía más rápida posible, el accidente o enfermedad del alumno/-a y del traslado al centro médico, si este fuera preciso.*