

RELIGIÓN O ATENCIÓN EDUCATIVA / RELIGIÓ O ATENCIÓ EDUCATIVA

D./Dña. _____ con DNI _____,
padre/madre/tutor/a del alumno/a _____,
del nivel _____ Desea que su hijo/a reciba la asignatura de:

- Religión / Religió
- Atención Educativa/
Atenció Educativa

Advertencia: Tengan presente que la opción que elijan será para todo el curso, es decir, que no podrán cambiar a lo largo del curso escolar.

Alicante, _____ de _____ de 20__

Firma del padre/madre/tutor
Signatura del pare/mare/tutor

AUTORIZACIÓN MÉDICA/AUTORITZACIÓ MÈDICA

D./Dña. _____ con DNI _____,
padre/madre/tutor/a del alumno/a _____,

AUTORIZO al director o personal de CEP Virgen del Remedio en quien delegue, a que tome las medidas de traslado a un Centro Médico adecuado en caso de necesitar mi hijo/a asistencia médica urgente y no poder localizar a sus familiares. Para ello, adjunto fotocopia de la Cartilla de la Seguridad Social o compañía médica en la que está asegurado mi hijo/a.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente autorización en

Alicante, _____ de _____ de 20__

Firma del padre/madre/tutor
Signatura del pare/mare/tutor