

Alumne/a \_\_\_\_\_ Nivell \_\_\_\_\_

Pare/mare/tutor \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

**CENTRE DE SALUT** (marqueu amb X l'opció desitjada)

En cas d'accident o malaltia, si la direcció del centre ho considera necessari, siga traslladat el meu fill/a al centre de salut, informant a la família.

AUTORITZE

NO AUTORITZE

Signatura del pare/mare/tutor

**PROVES PSICOPEDAGÒGIQUES** (marqueu amb X l'opció desitjada)

El servei d'orientació escolar amb l'objectiu de col·laborar amb el mestre tutor i en el marc de les seves funcions realitzarà proves psicopedagògiques de caràcter col·lectiu o individual amb la finalitat de millorar les intervencions educatives.

AUTORITZE

NO AUTORITZE

Signatura del pare/mare/tutor

**EIXIDES A PEU PER CASTELLÓ CIUTAT** (marqueu amb X l'opció desitjada)

Les programacions educatives inclouen eixides "a peu" amb els alumnes pel barri i per la ciutat de Castelló.

SI AUTORITZE

NO AUTORITZE

Signatura del pare/mare/tutor

Castelló, \_\_\_\_\_

Alumno/a \_\_\_\_\_ Nivel \_\_\_\_\_  
Padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

**CENTRO DE SALUD** (marcar con X la opción deseada)

En caso d'accidente o enfermedad, si la dirección del centro lo considera necesario sea trasladado mi hijo/a al Centro de salud, informando a la familia.

AUTORITZO

NO AUTORITZO

Firma de la madre/padre/tutor

**PRUEBAS PSICOPEDAGÓGICAS** (marcar con X la opción deseada)

El servicio de orientación escolar con el objetivo de colaborar con los maestro tutor y en el marco de sus funciones realizará pruebas psicopedagógicas de carácter colectivo o individual con el fin de mejorar las intervenciones educativas..

AUTORITZO

NO AUTORITZO

Firma de la madre/padre/tutor

**SALIDAS A PIE POR CASTELLÓN CIUDAD** (marcar con X la opción deseada)

Las programaciones educativas incluyen salidas "a pie" con los alumnos por el barrio y por la ciudad de Castellón.

SI AUTORITZO

NO AUTORITZO

Firma de la madre/padre/tutor

Castellón, \_\_\_\_\_