

**AUTORITZACIÓ DE PARTICIPACIÓ EN ACTIVITATS  
EXTRAESCOLARS I COMPLEMENTÀRIES I D'IMATGE  
EN EDUCACIÓ INFANTIL I PRIMÀRIA (\*)**

**AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES  
EXTRAESCOLARES Y COMPLEMENTARIAS Y DE IMAGEN  
EN EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA (\*)**

Nom de l'alumne o alumna

*Nombre del alumno o de la alumna*

.....

Nom de la mare o tutora

*Nombre de la madre o tutora*

..... DNI/NIE .....

Nom del pare o tutor

*Nombre del padre o tutor*

..... DNI/NIE .....

Telèfons mòbils actualitzats

*Teléfonos móviles actualizados*

Pare ..... Mare .....

Padre ..... Madre .....

Altres telèfons d'interés

*Otros teléfonos de interés*

.....

-Que el meu fill/a participe en les activitats extraescolars i complementàries que es realitzen durant les etapes d'Educació Infantil i Primària en el CEIP CARRAIXET juntament amb el professorat del centre.

*-Que mi hijo/a participe en las actividades extraescolares y complementarias que se realizan durante las etapas de Educación Infantil y Primaria en el CEIP CARRAIXET junto al profesorado del centro.*

**AUTORITZE / AUTORIZO**

**NO AUTORITZE / NO AUTORIZO**

-Que d'acord a la Llei Orgànica 1/1996 de 15 de gener sobre Protecció de menors, ens obliga a necessitar del seu consentiment per a poder publicar aquelles imatges de fotografia i vídeo que es facen en les activitats escolars i que s'utilitzen com a material gràfic en diferents mitjans.

*-Que de acuerdo a la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero sobre Protección de menores, nos obliga a necesitar de su consentimiento para poder publicar aquellas imágenes de fotografía y vídeo que se hagan en las actividades escolares y que se utilicen como material gráfico en diferentes medios.*

**CONSENT / CONSIENTO**

**NO CONSENT / NO CONSIENTO**

-Així mateix, que el professorat prenga les decisions mèdiques oportunes -amb el coneixement i prescripció facultativa necessària-, en cas de no poder localitzar-lo.

*-Así mismo, que el profesorado tome las decisiones médicas oportunas -con el conocimiento y prescripción facultativa necesaria- en el caso de no poder localizarlo.*

**AUTORITZE / AUTORIZO**

**NO AUTORITZE / NO AUTORIZO**

L'alumne/a és al·lèrgic/a a algun medicament o element? ..... A quin?  
*El/La alumne/a es alérgico/a a algún medicamento o elemento? (Sí o no) A cual?* .....

Anoteu unes altres observacions que considereu necessàries i que puguen interessar al centre educatiu.  
*Anotad otras observaciones que consideréis necesarias y que puedan interesar al centro educativo.*

.....

Almàssera, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma del pare/padre

Firma de la mare/madre

Firma del representant/e legal

(\*) En qualsevol moment les persones responsables de l'alumnat podran anul·lar totes aquestes autoritzacions o en part mitjançant escrit dirigit a la direcció del centre on quede constància del canvi.

(\*) En cualquier momento las personas responsables del alumno/a podrán anular todas estas autorizaciones o en parte mediante escrito dirigido a la dirección del centro donde quede constancia del cambio.