

ALUMNE/ALUMNO: _____

CURS/CURSO: _____

ADREÇA/DIRECCIÓN: _____

	PARE/ PADRE	MARE/ MADRE	REPRESENTANT LEGAL REPRESENTANTE LEGAL
Nom / Nombre			
D.N. I			
TELÈFON TELÉFONO			
E – mail:			

✓ En el cas de no convivència per motius de separació, divorci o situació anàloga marcar:

En el caso de no convivencia por motivos de separación, divorcio o situación análoga marcar:

	Custòdia compartida / Custodia compartida			
	Només un té la custòdia / Solo uno tiene la custodia		Pare / Padre	Mare / Madre
	Sólo uno tiene la custodia y además la PATRIA POTESTAD / Només un té la custòdia i a més la PÀTRIA POTESTAT		Pare / Padre	Mare / Madre

Altres/ Otros: _____

Persones autoritzades a arreplegar
 el meu fill/a: *Personas autorizadas
 a recoger a mi hijo/a:*

	DNI/NIE/Altres/Otros	Telèfon / Teléfono	Parentiu / Parentesco

✓ Menjador/comedor: SI ☐ NO ☐

✓ Rebre l'ensenyament de / Recibir la enseñanza de:

Religió catòlica
 Religión católica: ☐

o
o

Atenció Educativa
 Atención Educativa. ☐

✓ Al·lèrgies o malalties greus/*alergias o enfermedades graves*:

Com a pare/mare, representant legal de l' alumne/a autoritze al meu/a fill/a a
Como padre/madre, representante legal del alumno/ autorizo a mi hijo/a a:

	SI	NO
1) Anar-se a soles a casa/ <i>irse solo a casa.</i>		
2) Eixir del centre i per la localitat, amb els seus/es professors/es, sempre que siga necessari i la programació dels continguts ho requerisca. <i>Salir del centro y por la localidad, con sus profesores/as siempre que sea necesario y la programación de los contenidos así lo requiera.</i>		
3) Autoritze a que el meu fill/a aparega en les fotografies, vídeos o pàgina web de centre que puguin realitzar-se en els actes que organitze el col·legi. <i>Autorizo a que mi hijo/a aparezca en las fotografías, vídeos o página web del centro que puedan realizarse en los actos que organice el colegio.</i>		
4) Autoritze al professorat del centre al trasllat del meu/a fill/a a l'Hospital o Centre de Salut de la localitat, en cas d'extrema urgència o quan no siga possible la localització dels pares o tutors. <i>Autorizo al profesorado del centro al traslado de mi hijo/a al Hospital o Centro de Salud de la localidad, en caso de extrema urgencia o cuando no sea posible la localización de los padres o tutores.</i>		

✓ Observacions / observacioness:

Sant Joan d'Alacant a.....de..... de 20...

SIGNATURA DEL PARE
Firma del padre

SIGNATURA DE LA MARE
Firma de la madre

SIGNATURA DEL REPRESENTANT LEGAL
Firma del representante legal