

FICHA DE AUTORIZACIÓN CURSO 2023/2024

AUTORIZACIÓN FAMILIAR

D/Dña.....con DNI.....

Padre/madre/tutor/tutora del alumno/a: **AUTORIZA su participación en el Programa Centros Rurales de Innovación Educativa durante el curso 2022-2023 y ME COMPROMETO** a ir a recogerlo/a a la localidad de desarrollo del programa para llevarlo al domicilio familiar en caso de que tuviera que suspender la actividad por motivos sanitarios que le impidieran el normal desarrollo de las actividades del programa (incluidos los producidos por situaciones de contagio) o por no respetar las normas de convivencia del Centro, o por otras causas justificadas.

Fdo. _____

AUTORIZACIÓN IMÁGENES/VIDEOS

AUTORIZA **NO AUTORIZA**

A Poder publicar imágenes y videos que aparezcan individualmente o en grupo en las fotografías o filmaciones, en la página web del centro y en redes sociales y que se realicen con fines pedagógicos y una difusión educativa no comercial.

ANEXO MÉDICO

PRESCRIPCIÓN MÉDICA, ATENCIÓN EDUCATIVA EN TIEMPO ESCOLAR POR PERSONAL NO SANITARIO, CONSENTIMIENTO FAMILIAR Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDADES

Todo alumno/a, que necesite ingerir algún tipo de medicamento durante su estancia en el CRIE de Albarracín, debe presentar la correspondiente preinscripción médica firmada por el facultativo. Será el/la maestro/a acompañante el responsable de administrar los medicamentos correspondientes al alumno/a, siempre bajo la autorización previa de la familia.

Por lo tanto, **EXPRESO**

Que yo, **D./D^a**. _____ padre, madre o tutor del alumno/a

(Táchese lo que proceda)

AUTORIZO al maestro acompañante a la administración de medicamentos

NO AUTORIZO al maestro acompañante a la administración de medicamentos que se le administre a mi hijo/a y me hago totalmente responsable de esta decisión, liberando al centro educativo y al personal no sanitario de cualquier responsabilidad y de cualquier contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro del medicamento y/o actuación prescrita a mi hijo/a.

En a de de 20

Fdo.:

FICHA MÉDICA

Nombre del alumno:
Edad:
Centro:
Localidad:

Medicación

- Nombre:
- Dosis:
- Procedimiento/vía de administración:
- Duración fecha inicialización:
- Conservación:
- Posibles efectos secundarios:
- Otras observaciones:

Actuaciones a realizar en horario escolar:

Observaciones:

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Situación de emergencia:

Síntomas o signos que puede identificar el equipo docente:

Intervención a realizar en caso de emergencia:

- Medicamento:
- Procedimiento/vía de administración:
- Duración (fecha finalización):
- Conservación:
- Posibles efectos secundarios:
- Otras observaciones:

Facultativo/a que prescribe el tratamiento:

Nº Colegiación:

Fecha:

Fdo.: