



## **AUTORITZACIÓ MÈDICA**

En/na \_\_\_\_\_

amb DNI \_\_\_\_\_ , pare, mare o tutor/a de l'alumne/a

\_\_\_\_\_

dóna autorització al personal de l'escola perquè, en el centre escolar, en les sortides i colònies escolars a que assisteixi el seu fill/a, pugui prendre les decisions medicoquirúrgiques que calgui adoptar, en cas d'extrema gravetat, sota la direcció facultativa pertinent i trasllat amb ambulància.

**Aquesta autorització, en cas de no manifestar el contrari, serà vàlida durant tota la seva estada al centre.**

Igualada a \_\_\_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Signatura del pare/mare/tutor/a