

AUTORITZACIÓ RECOLLIDA ALUMNE/A

En/Na _____ amb D.N.I. núm: _____

Pare/mare de l'alumne/a _____ de la classe _____

AUTORITZA la següent persona a recollir-lo/la el dia ____ de _____ a les ____ hores

DADES PERSONA AUTORITZADA

Nom i Cognoms _____ D.N.I. _____

OBSERVACIONS

SIGNATURA

Barcelona, ____ de _____ de 202____.

SOL·LICITUD ADMINISTRACIÓ MEDICACIÓ

En/Na _____ amb D.N.I. núm. _____

pare/mare de _____ alumne del _____ curs d'Educació

Infantil Primària Secundària Batxillerat

SOL·LICITA sota la seva única responsabilitat

que personal de FEDAC Horta / Serunió li administri al seu fill/filla el següent medicament segons s'indica eximint aquest personal de tota responsabilitat:

MEDICAMENT _____

DOSI _____ HORARI _____

Prescrit pel Dr/Dra. _____

Barcelona, ____ de _____ de 202____.

Sol·licitud de la conformitat per a la modificació i/o reducció de l'horari d'assistència escolar

Dades del/de la sol·licitant de la conformitat

Persona sol·licitant

Pare Mare Tutor legal

Nom i cognoms

DNI/NIF/Passaport

Dades de l'alumne/a

Nom i cognoms

Curs acadèmic

Nivell educatiu

Tutor/a del centre

Justificació de la sol·licitud

Mitjançant el present document, sol·licito la conformitat per a modificar l'horari d'assistència del meu fill/a al centre escolar.

Motiu:

NO Assistència (indicar dia, franja horària i periodicitat):

Durada:

Documents justificatius que s'adjunten (si s'escau):

Conformitat de la Direcció del Centre

Amb la signatura d'aquest document **manifesto la meva conformitat** amb la modificació i/o reducció de l'horari d'assistència escolar de l'alumne/a matriculat al nostre centre, tot sol·licitant que ens mantinguin informats de qualsevol canvi que es doni al respecte.

Amb la signatura d'aquest document **faig constar que no estic conforme** amb la modificació i/o reducció de l'horari d'assistència escolar de l'alumne matriculat al nostre centre.

Localitat i data

Signatura de l'alumne/a, pare, mare o tutor/a legal

Signatura de la Direcció del centre
