Consejería de Educación y Ciencia
C.E.I.P. Las Castillas
C/ Rio Jarama s/n 19174 Torrejón del Rey (Guadalajara)
Tel: 949 328 150 Fax: 949 328 137 Mail: 19008198.cp@edu.jccm.es
http://edu.jccm.es/cp/las.castillas

AUTORIZACIÓN TRASLADO CENTRO MÉDICO

Yo, D/Dña _____, con DNI _____en calidad de padre/madre/tutor legal del alumno _____ autorizo, EN CASO DE URGENCIA o grave riesgo para su salud y/o integridad física, a su traslado por parte del profesorado del centro al centro médico más cercano (El Casar de Talamanca) para ser atendido por el especialista médico que corresponda. De igual forma, autorizo al alumno/a a recibir en caso de urgencia, la medicación que el especialista médico considere más oportuna para su mejora.

En Torrejón del Rey, a____ de _____ de 20___.

Firmado:

_____