



D/Dna:	DNI:
--------	------

Pai/nai ou titor/a legal do alumno/a:

Nome e apelidos:	Curso:
------------------	--------

Pola presente dou a miña **autorización** para que o meu fillo/a ou tutelado asista á actividade _____ que se celebrará entre os días _____ e _____, organizada polo IES Leixa.

Doume por enterado/a de que:

- O alumno/a irá acompañado por _____ acompañante/s.
- O alumno/a estará identificado durante toda a viaxe cunha tarxeta identificativa na que constará unha fotografía, o seu nome, o nome do instituto, lugar de aloxamento e teléfonos de contacto do aloxamento e dos acompañantes.
- Os acompañantes levarán un pequeno botiquín cos medicamentos básicos (analxésicos, para o mareo, para a dispepsia –dor gástrico-, solución antiséptica...), tiritas...así como un teléfono móbil de contacto co número **667626707**.
- O alumno/a debe ir provisto do DNI e documentación sanitaria. No caso de saída ao estranxeiro e menores de idade, acompañarán a correspondente autorización policial.

Importante: No caso de que o alumno/a padeza algunha enfermidade ou se dea algunha circunstancia que aconselle un coidado especial (medicación, alimentación, etc.) debe informarse por escrito no modelo act003. Se o alumno/a debe medicarse levará o medicamento co que se trate nas cantidades mínimas necesarias para cumprimentar o tratamento durante os días da viaxe.

En _____, ___ de _____ de _____.

Asdo: _____



CIRCUNSTANCIAS A TER EN CONTA NA VIAXE (INCLUÍDAS ALERXIAS MEDICAMENTOSAS OU ALIMENTARIAS):

Por favor, se o alumno/a é alérxico a algún alimento ou medicamento indíqueo en cor vermella:

TRATAMENTOS CRÓNICOS AOS QUE ESTÁ SOMETIDO O ALUMNO/A (SE FOSE O CASO), INDICANDO O NOME DO MEDICAMENTO E A POSOLOXÍA (INDIQUE AS CANTIDADES QUE SE ACOMPAÑAN):

MEDICAMENTOS QUE, EXCEPCIONALMENTE, TOMA O ALUMNO/A, INDICANDO O NOME DO MEDICAMENTO E A POSOLOXÍA (INDIQUE AS CANTIDADES QUE SE ACOMPAÑAN):

INDIQUE OS MEDICAMENTOS QUE TOMA O ALUMNO/A NAS SEGUINTE CIRCUNSTANCIAS:

DOR DE CABEZA:

MAREO:

DOR GÁSTRICO:

OUTRAS (INDIQUE O MEDICAMENTO E A PATOLOXÍA):

OUTRAS CIRCUNSTANCIAS QUE DEBEN TERSE EN CONTA (ALIMENTACIÓN, COIDADOS ESPECIAIS...):

INDIQUE TELÉFONOS DE CONTACTO:

FIXO:

MÓBIL:

MÓBIL DO ALUMNO/A EN CASO DE QUE LEVE: