



Autorització general

En/Na, _____
amb DNI _____ com a pare, mare o tutor/a de
l'alumne/a _____

del curs _____, AUTORITZO al meu fill/a a participar en les activitats del Casal d'Estiu que organitza l'AFA de l'Escola Teresa Claramunt i accepto les decisions medicoquirúrgiques que fossin necessàries adoptar en cas d'extrema urgència i sota la direcció facultativa adequada.

També autoritza a la possible difusió de les imatges creades durant les activitats programades al llarg de tot el casal d'estiu.

El teu fill/a té alguna al·lèrgia o intolerància?

☐ Sí

☐ No

Quina? _____

El teu fill/a necessita alguna medicació específica?

☐ Sí

☐ No

Quina? _____

Escriu a continuació el número de la **TSI (Targeta Sanitaria Individual)** del teu fill/a:

DNI i signatura del pare, mare o tutor/a

Sabadell, _____ de 202__