



AUTORITZACIÓ DE TRASLLAT MÈDIC

_____, amb DNI num, _____ pare, mare o tutor/a de
(nom familiar) (DNI)

l'alumne/a _____ de _____
(nom alumne/a) (curs)

AUTORITZO a l'Escola Els Costerets a traslladar, amb els mitjans que calgui, al meu fill/la meva filla a un centre mèdic o hospitalari en cas d'accident o malaltia, durant les colònies.

Signatura pare/mare o tutors

Ribes, a _____ de _____ 2019