



C.E.I.P. Ángel León
C/ De Las Moradas, 3
Colmenar Viejo – Madrid – 28770



Comunidad de Madrid

D/D^a _____

Con DNI: : _____ padre/madre/ tutor/ de alumno/a _____

Autorizo a que mi hijo/a sea trasladado a un centro sanitario en caso de accidente o enfermedad acaecido durante las horas lectivas.

Para ello adjunto fotocopia de la cartilla sanitaria de mi hijo/a

Los teléfonos donde pueden localizar a algún miembro de la familia son:

- 1) _____ Este teléfono es de: _____
- 2) _____ Este teléfono es de: _____
- 3) _____ Este teléfono es de: _____
- 4) _____ Este teléfono es de: _____
- 5) _____ Este teléfono es de: _____

Las enfermedades, alergias, etc que padece mi hijo/a y que debe tener en cuenta el colegio son:

Fdo. Padre o tutor

Fdo. Madre o tutora

Colmenar Viejo, ___ de _____ de 20__