

## AUTORIZACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE ESCOLAR

### DATOS DEL ALUMNO:

NOMBRE	
PRIMER APELLIDO	
SEGUNDO APELLIDO	

### DATOS DE LA MADRE O TUTORA LEGAL.

NOMBRE	
PRIMER APELLIDO	
SEGUNDO APELLIDO	
D.N.I.	

### DATOS DEL PADRE O TUTOR LEGAL.

NOMBRE	
PRIMER APELLIDO	
SEGUNDO APELLIDO	
D.N.I.	

**AUTORIZO** al centro para que en caso de requerir atención médica por accidente leve dentro del período lectivo y no habiendo sido posible localizarnos, sea acompañado al centro médico más cercano.

Para que así conste, firmo el siguiente escrito.

Burguillos de Toledo, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma de la madre o tutora legal

Firma del padre o tutor legal

*Esta opción será válida desde la fecha arriba indicada hasta que el alumno/a cese su escolarización en este centro.*

*Podrá ser modificada en cursos sucesivos en los cinco primeros días hábiles de septiembre, antes de dar comienzo la actividad lectiva.*

Los datos recogidos a través de esta autorización contienen exclusivamente los campos para poder prestar el servicio solicitado y son los estrictamente necesarios, adecuados y pertinentes para su finalidad y no se utilizarán para propósitos no compatibles con la finalidad que originó su recogida.