

## AUTORIZACIONES PARA EL CURSO ESCOLAR (1)

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con D.N.I. nº \_\_\_\_\_,  
padre/madre o tutor del alumno/a \_\_\_\_\_,

AUTORIZO a mi hijo/a a participar en las actividades extraescolares que se realicen fuera del centro educativo tanto programadas por la Residencia Escolar "Atalaya" como por el Instituto "Emilio Muñoz".

NO AUTORIZO

AUTORIZO para que la Residencia Escolar de Enseñanza Secundaria "Atalaya" PUEDA UTILIZAR LAS IMÁGENES DE MI HIJO/A TOMADAS EN CUALQUIER ACTIVIDAD ORGANIZADA POR EL CENTRO Y PUBLICARLAS EN SU PÁGINA WEB O EN REDES SOCIALES.

NO AUTORIZO

El derecho a la propia imagen está reconocido en el **artículo 18. de la Constitución** y regulado por la **Ley 1/1982, de 5 de mayo**, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen y *la* Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Cogollos Vega a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

Madre/Padre/Tutor/a

## AUTORIZACIONES PARA EL CURSO ESCOLAR (2)

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con D.N.I. nº \_\_\_\_\_,  
padre/madre o tutor del alumno/a \_\_\_\_\_,

La Residencia Escolar no suministra medicamentos y no se hace responsable de los que pudiera consumir el alumnado bajo prescripción médica o por automedicación. El alumnado y sus tutores legales son los responsables del cumplimiento de los tratamientos que, en su caso, pudieran tener. En casos excepcionales pueden autorizar o no el suministro de analgésicos y antiinflamatorios que no necesiten receta médica.

AUTORIZO a que le suministren a mi hijo/a los analgésicos marcados cuando sea necesario y declaro que no es alérgico a ninguno de ellos.

NO AUTORIZO

PARACETAMOL

IBUPROFENO

En caso de accidente o enfermedad grave,

AUTORIZO a que mi hijo/a sea trasladado en caso necesario al servicio médico de urgencias para recibir atención médica.

NO AUTORIZO

¿Padece su hija/o alguna enfermedad, síndrome o alergia que requiera atención especializada por parte del personal de la residencia?

NO PADECE

PADECE

En caso afirmativo indique el nombre de la enfermedad y aporte informe médico con el tratamiento o protocolo a seguir.

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD, SÍNDROME O ALERGIA: \_\_\_\_\_

APORTA INFORME MÉDICO

NO APORTA INFORME MÉDICO

Cogollos Vega a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

Madre/Padre/Tutor/a