



ANEXO I

AUTORIZACIONES PARA EL CURSO ESCOLAR 2020/2021 (1)

D./D^a _____ 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 en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Cogollos Vega a ____ de _____ de 2020

Fdo.: _____

Madre/Padre/Tutor/a



AUTORIZACIONES PARA EL CURSO ESCOLAR 2020/2021 (2)

D./D^a _____ 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 hijo/a 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 O SÍNDROME: _____

APORTA INFORME MÉDICO

NO APORTA INFORME MÉDICO

Cogollos Vega a ____ de _____ de 2020

Fdo.: _____

Madre/Padre/Tutor/a



ANEXO II

He leído y me comprometo a cumplir y hacer cumplir a mi hijo/a las recomendaciones que para las familias y el alumnado se indican en el documento "PROTOCOLO COVID DE LA RESIDENCIA ESCOLAR ATALAYA".

Así mismo, declaro que me han informado de todas las medidas que se van a poner en marcha durante el curso 2020/2021 a causa de la pandemia.

En Cogollos Vega a ____ de _____ de 2020

Fdo.: _____

Madre/ Padre/ Tutor