

## **AUTORIZACIÓN PARA ACTUACIÓN EN CASO DE URGENCIAS MÉDICAS DEL ALUMNADO EN HORARIO ESCOLAR O EXTRAESCOLAR**

D/D<sup>a</sup>.....

Con DNI.....

Padre/madre/tutor del alumno/a.....

Teléfono de contacto.....

### **COMUNICA**

Que su hijo/a puede precisar atención de urgencia médica\* por la/s siguiente/s causa/s:

.....  
.....  
.....

\* Debe adjuntarse documento informativo elaborado por un médico.

### **SOLICITA y AUTORIZA**

Al adulto responsable del alumno en ese momento, a seguir el siguiente protocolo:

1. Avisar a los siguientes números de teléfono:

.....  
.....  
.....

Para que determinen la naturaleza de la urgencia médica y tomen las medidas necesarias para solucionarla

2. Informar a los servicios médicos de urgencia (en caso de ser necesarios) de las causas que el centro conoce que han podido generar la urgencia médica

Quedando el centro y sus trabajadores EXENTOS de toda RESPONSABILIDAD que pudiera derivarse de dicha actuación.

En Muriedas, a..... de..... de 20.....

Firmado.....

## **ENTREGAR EN LA SECRETARÍA DEL CENTRO**

