



Nom i llinatge de l'alumne.....que cursa

Mare/pare....., amb DNI o passaport.....

Mare/pare....., amb DNI o passaport.....

En Palma de Mallorca amb data dede 20....

Telèfons de contacte i urgència durant el servei de menjador i extraescolars		
Tutor 1	Tutor 2:	Altres (indicar nom i llinatge):
.....

SITUACIONS ESPECÍFIQUES/MEDICACIONS	
Pateix el/la seu/seva fill/a qualque tipus d'allèrgia alimentària coneguda? SI / NO	
Quina:.....	Presenta informe metge? SI / NO
Altre situació mèdica a notificar SI / NO	
Quina:.....	Presenta informe metge? SI / NO
Signatura dels pares/mares o tutors	

RECOLLIDA DE L'ALUMNE/A DINS L'HORARI DELS SERVEIS (MENJADOR I EXTRAESCOLARS) i A LA SORTIDA	
S'AUTORITZA A	
Sr/a.....	Tel..... amb DNI
Sr/a.....	Tel..... amb DNI
Sr/a.....	Tel..... amb DNI
Sr/a.....	Tel..... amb DNI
Sr/a.....	Tel..... amb DNI
a recollir al meu/va fill/a, si fos necessari, dins l'horari dels serveis i a la sortida dels mateixos.	
Signatura de les mares/pares/tutors	

SORTIDA DE L'ALUMNE/A MENJADOR I ACTIVITATS COMPLEMENTÀRIES. Marcar amb una creu l'opció triada.	
Autoritzo al meu/va fill/a:	
<input type="checkbox"/> A sortir del centre tot sol/a, després d'haver menjat (a partir de 3r de primària)	
<input type="checkbox"/> A sortir del centre tot sol/a, després de finalitzar el servei del menjador i/o extraescolars (a partir de 3r de primària)	
<input type="checkbox"/> NO autoritzo al meu/va fill/a a sortir tot sol/a.	
Signatura dels pares/mares/ tutors	

**HOJA DE AUTORIZACIONES COMEDOR, ESCUELA Y EXTRAESCOLARES
CURSO 2024/25 (un documento por alumno)**

Nombre y apellido del alumno..... que cursa
Madre/padre....., con DNI o pasaporte.....
Madre/padre....., con DNI o pasaporte.....
En Palma de Mallorca con fecha dede 20..... .

Teléfonos de contacto y urgencia durante el servicio de comedor y extraescolares

Tutor 1 Tutor 2: Otros (indicar nombre y apellido):
.....

SITUACIONES ESPECÍFICAS/MEDICACIONES

¿Sufre su hijo/a algún tipo de alergia alimentaria conocida? SI / NO
Cuál:..... ¿Presenta informe médico? SI / NO
Otra situación médica a notificar SI / NO
Cuál:..... ¿Presenta informe médico? SI / NO
Firma de los padres/madres o tutores

**RECOGIDA DEL ALUMNO/A DENTRO DEL HORARIO DE LOS SERVICIOS (COMEDOR Y EXTRAESCOLARES)
y A LA SALIDA**

Se autoriza a
Sr/a..... Tel..... con DNI
Sr/a..... Tel..... con DNI
Sr/a..... Tel..... con DNI
Sr/a..... Tel..... con DNI
Sr/a..... Tel..... con DNI
a recoger, si fuera necesario, a mi hijo/a dentro del horario de los servicios y a la salida.
Firma de las madres/padres/tutores

SALIDA DEL ALUMNO/A COMEDOR Y ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS. Marcar con una cruz la opción elegida.

Autorizo a mi hijo/a:
 A salir del centro solo/a, después de haber comido (a partir de 3º de primaria)
 A salir del centro solo/a, después de finalizar el servicio comedor y/o extraescolares (a partir de 3º de primaria)
 NO autorizo a mi hijo/a a salir solo/a.

Firma de los padres/madres/tutores

