



C.P. HÉROES DEL 2 DE MAYO
 C/ Orient Express s/nº
 28770 Colmenar Viejo - Madrid -
 Tfno: 916 288 889



Dirección de Área Territorial
 Madrid Norte
**CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN E
 INVESTIGACIÓN**



Nº 18



www.colegioh2m.com



info@colegioh2m.com

AUTORIZACIÓN PARA TRASLADO AL CENTRO DE SALUD

Alumno/a:

Etapa: Educación Infantil 3 años 4 años 5 años

Etapa: Educación Primaria 1º

D/Dª: _____, con DNI: _____ y

D/Dª: _____, con DNI: _____

como padres y/o tutores/as:

AUTORIZAMOS

NO AUTORIZAMOS

al personal del centro para trasladar a mi hijo/a al Centro de Salud de la localidad en horario lectivo en caso de **necesidad médica urgente***.

Firma de madre, padre y/o tutoras/es legales

Fdo.:

Fdo.:

En Colmenar Viejo, a _____ de _____ de 20____

*Nota: Antes de tomar esta medida de carácter extraordinario, en cualquier caso, se comunicará a la familia y se llamará al 112 siguiendo las instrucciones de los profesionales del servicio de emergencias.