



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



Dirección de Área Territorial
Madrid Norte
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y
JUVENTUD



AUTORIZACIÓN PARA TRASLADO AL CENTRO DE SALUD Nº 18

Alumno/a:

Curso:	Educación Infantil	3 años	4 años	5 años			
	Educación Primaria	1º	2º	3º	4º	5º	6º

D/Dª: _____, con DNI: _____

y D/Dª: _____, con DNI: _____

como _____ del alumno/a.

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.