



O PROFESOR DE EDUCACIÓN FÍSICA

AUTORIZACIÓN

D/Dña., pai/nai do/a alumno/a

..... de 6º curso do CEIP RAIÑA FABIOLA, sendo

coñecedor/a de tódalas actividades que van realizar os/as rapaces/as na excursión "

Multiaventura en Asturias-Cantabria " nas localidades de Panes, Llanes, Santillana del

mar, Santander, Ribadesella e Colombres **AUTORIZO:**

▪Ao meu/miña fillo/a participar en todas as actividades e cada unha delas (Ruta en Bici, espeleoloxía, descenso do río Deva, visita ás covas de Altamira e o Soplao, Parque da natureza de Cabárceno, Praia de Cobijeru, ...) **asegurando que sabe nadar.**

▪Ao meu/miña fillo/a asistir á viaxe á ASTURIAS-CANTABRIA que terá lugar dende o 9/05/22 ao 13/05/22. **O profesorado acompañante é : X. Anxo Fernández Otero e Juan José Vilas Fernández**

O profesorado acompañante da excursión organizada polo ceip Raiña Fabiola, responsabilízase da coordinación da saída e tratarán de solucionar tódolos problemas que poidan xurdir. Así mesmo, o alumnado comprométese a cumprir as normas de utilización do transporte, materiais, convivencia e comportamento segundo o R.R.I. do centro, ou calquera outra das que sexan debidamente informados.

O profesorado non se responsabilizará, en cambio, de calquera conducta irregular por parte do alumnado, así como das consecuencias posteriores.

ACEPTO O ARRIBA EXPOSTO E ASINO A PRESENTE EN

Santiago, de de 2022

Enterado e conforme O/A alumno/a	Enterado e conforme Pai/Nai/Titor



AUTORIZACIÓN SUMINISTRO MEDICACIÓN

EU, _____ CON DNI _____ EN
CALIDADE DE TITOR/A LEGAL DO
MENOR _____

DECLARO

QUE O MENOR ANTERIORMENTE MENCIONADO PRECISA RECIBIR UNHA DETERMINADA
MEDICACIÓN E É POR ISO QUE

AUTORIZO

AO PROFESORADO ACOMPAÑANTE DO CENTRO A SUMINISTRAR ESA MEDICACIÓN AO
MENOR MENCIONADO ANTERIORMENTE, COA FRECUENCIA E DOSE QUE SE INDICA NO
CERTIFICADO MÉDICO QUE ADXUNTAMOS CON ESTA AUTORIZACIÓN.

E PARA QUE SURTA OS EFECTOS OPORTUNOS,

FIRMO A PRESENTE EN SANTIAGO A 26 DE ABRIL DE 2022.

ASDO.:

NOTA: Obrigatorio entrega certificación médica respecto da medicación a suministrar ao menor.



AUTORIZACIÓN PARA TRASLADAR AO MENOR

EU, _____
CON DNI _____ EN CALIDADE DE PAI, NAI OU TITOR/A LEGAL DO
NENO/A _____

AUTORIZO

NON AUTORIZO

AO EQUIPO DE PROFESORES E RESPONSABLES DAS ACTIVIDADES DE VATUR
TURISMO ACTIVO S.L A TRASLADAR AO NENO/A MENCIONADO/A
ANTERIORMENTE EN TAXI AO CENTRO DE SAÚDE, HOSPITAL OU AO SEU
DOMICILIO EN CASO DE EMERXENCIA OU POR CIRCUNSTANCIAS QUE O FAGAN
ACONSELLABLE.

E PARA QUE ASÍ CONSTE ASINO A PRESENTE.

EN SANTIAGO, A de de 2022.

ASDO.: