

INSCRIPCIÓN ALUMNO/A 2024/25

ALUMNO/A						
NOMBRE:						
CURSO:	3º	4º	SEXO:	M	F	LOCALIDAD:

MADRE O TUTORA:		
NOMBRE:	DNI:	TELÉFONO:

PADRE O TUTOR:		
NOMBRE:	DNI:	TELÉFONO:

MEDICACIÓN PAUTADA: (Al entregar la medicación en el CRIE, se debe acompañar de la prescripción médica)		
AFECCIÓN	MEDICAMENTO	PAUTA

ALERGIAS, INTOLERANCIAS U OTRAS OBSERVACIONES:

REQUIERE LA ATENCIÓN DE UN A.T.E (Ayudante Técnico Educativo): Debe estar prescrito en su centro de origen.	SI	NO

TRATAMIENTO DE IMÁGENES: CONSIENTEN al CRIE PÁRAMO DEL SIL el tratamiento de la imagen/voz de su hijo/a, mediante fotografías o vídeos, con la finalidad de difundir las actividades del centro, en los siguientes medios:		
Fotografías: cuyo acceso será a través de la cuenta del alumno en educacyl y estará limitado a las familias de los alumnos/as que acuden en cada convivencia	SI	NO
Página Web y redes sociales: Imágenes genéricas de las actividades en las que se evitarán las caras de los alumnos/as	SI	NO

Los abajo firmantes **AUTORIZAN** su participación en las actividades programadas por el CRIE PÁRAMO DEL SIL, organizadas por la Consejería de Educación de JCyL. Manifestando su conformidad para su desplazamiento, estancia y salidas, según las actividades programadas durante su estancia y si se produce un incidente que aconsejara la interrupción de la actividad, el alumno puede regresar a su domicilio antes de la fecha prevista por sus propios medios.

En _____, a _____ de _____ de _____.

Fdo.- (Padre/madre/tutor-a)

Fdo.- (Padre/madre/tutor-a)