

CRIET DE CALAMOCHA

Avda. Aragón, 35. 44200 Calamocha (Teruel). Tlf. 978 73 23 08. crietcalamocha@educa.aragon.es



FICHA DEL ALUMNO/A

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____
DIRECCIÓN: _____
LOCALIDAD: _____
CRA/CEIP: _____ CURSO: _____
ASISTE AL CRIET POR PRIMERA VEZ HA ASISTIDO OTRAS VECES

DATOS DE LA FAMILIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE/MADRE O TUTOR/TUTORA
_____ TELÉFONO: _____
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE/MADRE O TUTOR/TUTORA
_____ TELÉFONO: _____

AUTORIZACIÓN FAMILIAR

D./Dña. _____ con DNI _____
padre/madre/tutor/tutora del alumno/a, autorizo a mi hijo/a _____
para su desplazamiento, estancia y salidas de Centro según las actividades programadas en el transcurso de
las tres convivencias que se desarrollarán durante el presente curso escolar.

• Estoy conforme con que mi hijo/a aparezca en las fotos relacionadas con las actividades que se realicen en
el CRIET y que aparezcan en la Web y las redes sociales del centro con fines educativos.

SI NO

• Me comprometo a recoger a mi hijo/a para llevarlo al domicilio familiar en caso de enfermedad u otra
causa justificada.

Firma: _____

Fecha _____

Fdo. _____

FICHA DE BOTIQUÍN – INFORME MÉDICO

*Debe ir acompañado del informe médico correspondiente. En caso contrario, NO SE
ADMINISTRARÁN MEDICAMENTOS. (marcar opción correcta)*

DIABÉTICO: SI NO ¿TOMA INSULINA? SI NO

ALERGIAS: _____

SIGUE ALGUNA DIETA ALIMENTICIA: _____

RELIGIÓN MUSULMANA: NO COME CERDO NO COME CARNE

¿POSEE ALGUNA DEFICIENCIA FÍSICA O PSÍQUICA? _____

MEDICACIÓN QUE ESTÁ TOMANDO (dosis y duración) _____

TRATAMIENTO OCASIONAL O CRÓNICO _____

OTROS DATOS (fobias, miedos, mancha la cama, etc) _____

OTRAS OBSERVACIONES _____
