

CRIET DE CALAMOCHA



C/ 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
_____ a participar en el Programa Centros Rurales de

Innovación Educativa durante el curso 2023-2024.

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

SI NO

● Me comprometo a ir a recoger a mi hijo/a a la localidad en la que se desarrolla el programa para llevarlo/a al domicilio familiar en caso de enfermedad, incumplimiento de normas u otra causa justificada.

Firma: _____

Fecha _____

Fdo. _____

FICHA DE BOTIQUÍN – INFORME MÉDICO

Debe ir acompañado del informe médico y de la autorización correspondiente. En caso contrario, NO SE ADMINISTRARÁN MEDICAMENTOS.

DIABÉTICO: SI NO ¿TOMA INSULINA?: SI NO

ALERGIAS/INTOLERANCIAS (APORTAR DOCUMENTACIÓN): _____

SIGUE ALGUNA DIETA ALIMENTICIA: _____

*DIETA SIN CERDO *DIETA SIN CARNE

CONDICIÓN DE ACNEAE: _____

MEDICACIÓN QUE ESTÁ TOMANDO (DOSIS Y DURACIÓN): _____

TRATAMIENTO OCASIONAL O CRÓNICO: _____

OTRAS OBSERVACIONES: _____