



Junta de Andalucía
CEIP Adriano
c/Maestras s/n
Tlf. 955623100
41004836.edu@juntadeandalucia.es

AUTORIZACIÓN ASISTENCIA MÉDICA

D./Dña. _____
con DNI _____ como madre/padre/tutor legal del alumno
_____ escolarizado en el nivel _____

Otorga su autorización para que, reciba la atención médica que, en su caso, ante un hipotético accidente escolar, fuera necesaria, de acuerdo con el criterio de los facultativos que puedan atender el caso.

En Sevilla a _____ de _____ de 20 _____

Fdo: _____
(MADRE/TUTOR LEGAL 1)

DNI: _____

Fdo: _____
(PADRE/TUTOR LEGAL 2)

DNI: _____