

OTRAS PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER A MI HIJO/A :

Persona 1 :

Apellido(s) Nombre: N° d'identidad :.....

Teléfono : Parentesco:

Persona 2 :

Apellido(s) Nombre: N° d'identidad :.....

Teléfono : Parentesco:

ACCIDENTES - SALUD :

En caso de accidente o malestar de su hijo(a):

a) Avisaremos lo antes posible a los responsables del alumno (números de teléfono indicados en la página 3 del dossier), así como al 112 en caso necesario.

b) Los responsables llevarán a su hijo, si lo consideran oportuno, a la Policlínica Miramar - Centro médico asociado a nuestra póliza de seguros.

c) Si no fuera posible localizar a ningún responsable, y según la gravedad de la lesión, el LFP contactará con el número de urgencias 112, quien dará al LFP las instrucciones operativas y/o de traslado del alumno al centro médico.

d) En situación de extrema gravedad, será el médico de la Policlínica Miramar, en conformidad con los responsables del alumno (si han podido ser localizados), o bajo su responsabilidad (en caso de no haber contactado con ningún responsable del alumno), el que determine el ingreso y/o intervención quirúrgica.

Problema médicos importantes de su hijo/a (alergias, medicamentos...):

.....

.....

FIRMA(S) DEL (O DE LOS) RESPONSABLE(S) LEGAL(ES):