



DATOS DE SAÚDE

D con DNI/NIE/Pasaporte
e/ou D^a con DNI/NIE/Pasaporte
país/nais/titores/responsables da/o alumna/o

INFORMAMOS ao CPR Ayala das seguintes **ALERXIAS** ou **DATOS DE SAÚDE** relevantes:

AUTORIZAMOS a que, no caso de ser preciso, se lle administre PARACETAMOL/DALSY

Asinado

D/D^a

AUTORIZACIÓN DA TOMA E USO DE MATERIAL FOTOGRÁFICO E AUDIOVISUAL

AUTORIZAMOS ao CPR Ayala, a tomar fotografías e/ou material audiovisual da/o nosa/o filla/o **con fins pedagóxicas**.

Este material poderase publicar na páxina WEB, BLOGS ou REDES SOCIAIS do centro.

D con DNI/NIE/Pasaporte
e/ou D^a con DNI/NIE/Pasaporte
país/nais/titores/responsables da/o alumna/o

damos a nosa **AUTORIZACIÓN**