



DESPLAZAMIENTO MÉDICO

C.E.I.P SANTA ANA

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

con DNI/NIE \_\_\_\_\_ como padre/madre tutor/tutora del  
alumno/a: \_\_\_\_\_

Perteneciente al grupo \_\_\_\_\_ autoriza,

en caso de accidente o que las circunstancias así lo indiquen, a que su hijo/a  
sea desplazado al centro de salud de la localidad o CUE.

En Pedrezuela a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma del **Padre** o R. legal del alumno

Firma del **Madre** o R. legal del alumno

“Los datos recogidos se tratarán informáticamente o se archivarán con el consentimiento del ciudadano, quien tiene derecho a decidir quién puede tener sus datos, para qué los usa, solicitar que los mismos sean exactos y que se utilicen para el fin con que se recogen, con las excepciones contempladas en la legislación vigente. Para cualquier cuestión relacionada con este material pueden dirigirse al teléfono de información administrativa 012”