

ACTIVITAT EXTRAESCOLAR DE TEATRE

Nom:

Cognoms:

Curs i classe:

Data de naixement:

Nom/s del tutor/a o tutors/es legal/s:

-

-

Telèfon de referència:

Adreça de correu electrònic de referència:

Telèfon en cas d'urgència:

DRETS D'IMATGE

Autoritzo: SÍ NO

1. Que la imatge de l'alumne/a pugui aparèixer en fotografies o material audiovisual corresponents a activitats escolars lectives, complementàries i extraescolars organitzades pel centre i publicades en:

- Pàgines web del centre.
- Fotografies per a revistes o publicacions d'àmbit educatiu.
- Presentacions digitals.

2. Que el material elaborat per l'alumne/a pugui ser publicat en blogs i altres espais de comunicació pública amb finalitat educativa.

3. Que hi constin les inicials de l'alumne/a i el centre.

SIGNATURA

ACTIVITAT EXTRAESCOLAR DE TEATRE

INFORMACIÓ MÈDICA

Nom de l'alumne/a _____

L'alumne/a té alguna condició mèdica que s'hagi de tenir en compte? (Al·lèrgia, asma, epilèpsia, problemes físics, d'oïda, problemes digestius, respiratoris...)

Pren medicació regularment? (Es recorda que en cas afirmatiu, s'ha de facilitar una fotocòpia de la recepta, l'autorització signada per tal de poder administrar el fàrmac i informació complementària en cas de ser necessària).

Segueix algun règim especial _____

Es fatiga fàcilment _____

Es mareja fàcilment _____

Pateix enuresi _____

Comentaris i observacions

SIGNATURA