D./Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como padre/madre/tutor/a legal del/la alumno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifiesto mi decisión respecto a las siguientes autorizaciones:

[ ]  ***He leído y acepto las Normas de Convivencia***.

**Sí autorizo** [ ]  **No autorizo** [ ]

La difusión de imágenes, vídeos y trabajos de mi hijo/a en cualquier formato impreso o electrónico, con finalidades educativas y sin ánimo de lucro.

**Sí autorizo [ ]**  **No autorizo** [ ]

A mi hijo/a a realizar cuantas salidas sean programadas por el IES Berenguela de Castilla en la localidad de Bolaños de Calatrava durante el curso escolar.

**Sí autorizo [ ]**  **No autorizo** [ ]

La dispensación de algunos de los siguientes analgésicos, a petición expresa del/la alumno/a, cuando acuda aquejado de un dolor leve:

 [ ]  Paracetamol 500 mg. (en pastilla) [ ]  Ibuprofeno 400 mg.(en pastilla)

*Los alumnos se encargarán de traer su medicación específica cuando difiera de las dos anteriores.*

**Alumnos con enfermedades diagnosticadas**

En relación a la salud de mi hijo/a quiero informar al Director del Centro, para su consideración, de las siguientes observaciones (diabetes, TDH, alergias, medicación, etc), para lo cual adjunto informe médico con la matrícula.

**Aseos**

Los aseos permanecerán cerrados durante las horas lectivas y se abrirán en los recreos. Aquel alumno/a que necesite utilizarlos en horas de clase debe solicitar la llave en Conserjería.

Firma padre/tutor Firma madre/tutor