

Yo, _____

con DNI _____, padre/madre o responsable, legal del alumno

AUTORIZO a que participe con su centro educativo

_____ en el programa de inmersión

lingüística ENGLISH FOR ALL de la FUNDACIÓN EUSEBIO SACRISTÁN durante el

curso 2024/25.

ESTADO DE SALUD

DECLARO, SI LAS HUBIERA, QUE EL PARTICIPANTE PADECE LAS SIGUIENTES

ENFERMEDADES, ALERGIAS/INTOLERANCIAS _____

para lo que debe entregar un justificante médico que lo certifique en el centro escolar antes de participar en la Inmersión.

Y AUTORIZO AL RESPONSABLE DE LA INMERSIÓN LINGÜÍSTICA A TRASLADAR A UN CENTRO MEDICO AL PARTICIPANTE EN CASO DE NECESIDAD, ASÍ COMO A ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS PRECISOS.

CAPTACIÓN Y UTILIZACIÓN DE IMÁGENES DE PARTICIPANTES PARA LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD POR PARTE DE LA FUNDACIÓN EUSEBIO SACRISTÁN COMO ORGANIZADORA

- AUTORIZO
- NO AUTORIZO

Firmado

En _____ a _____ de _____ de 202__



ANIVERSARIO FUNDACIÓN

Eusebio Sacristán