



### AUTORIZACIÓN TRASLADO HOSPITALARIO

D. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

Dña. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

Como padre/madre del alumno/a \_\_\_\_\_

### AUTORIZAMOS

Que, en caso de necesidad, nuestro hijo/a sea trasladado a un Centro de Salud y/o Hospitalario por los Servicios de Emergencia correspondientes y acompañado por personal responsable del Centro hasta la llegada del progenitor/es del alumno/a.

Lo que firmamos en Sevilla a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Firma del padre o tutor legal

Firma de la madre o tutora legal

Fdo: \_\_\_\_\_

Fdo: \_\_\_\_\_