

D./D^a. con DNI..... como
(parentesco).....de.....

Doy mi autorización al personal de la Residencia José Luis L. Aranguren para las siguientes acciones para el curso 2024-2025:

Nº	Autorización	Firma
1	<p>Medicamentos. AUTORIZO a las educadoras del centro, para que, de manera excepcional, administren los analgésicos, que frente a los dolores puntuales pueda tomar mi hijo/a.</p> <p><u>NO poner los medicamentos de enfermedades crónicas.</u></p>	<p>Medicamentos:</p> <p>Firma:</p>
2	<p>Información académica. La concesión de la plaza en la residencia va ligada a la asistencia obligatoria a clase, a los buenos resultados académicos de los residentes y a la <u>obligatoria aceptación</u> de que el equipo educativo de la residencia podrá recabar información y recoger documentación académica del centro de estudios de mi hijo/a , así como firmar autorizaciones para una excursión, una actividad extraescolar etc. cuando coincida con su estancia en la residencia y no puedan firmarlo sus padres para facilitar su labor educativa.</p>	<p>Firma Padre/Madre/Tutor:</p> <p>Firma Alumno/a:</p>
3	<p>Salidas a clases particulares, consultas médicas etc. AUTORIZO a mi hijo/apara acudir con la frecuencia (diariamente, dos veces por semana, etc.) los días.....durante (una semana, un mes, etc.) a la actividad de horas a horas, para lo cual doy mi consentimiento y asumo toda la responsabilidad de lo que le pudiera ocurrir en esos tiempos fuera de la residencia.</p> <p><u>No se admiten autorizaciones en horario de estudio obligatorio (de 16:00 a 18:00 h)</u> a menos que tengan una causa absolutamente justificada como una clase particular o la asistencia a una consulta médica.</p> <p><u>Las actividades de tiempo libre tendrán que realizarse a partir de las 18:00 h y hasta la hora de la cena y siempre con el consentimiento firmado de los padres o tutores legales.</u></p>	<p>Firma:</p>

4	<p>Salida de fin de semana. AUTORIZO a mi hijo/a a abandonar la residencia todos los VIERNES Y VISPERAS DE FIESTA del curso escolar 2024-2025 bajo mi responsabilidad, no regresando hasta los domingos/ lunes. <i>(Señalar el día que vuelve)</i>. La Residencia queda exenta de cualquier responsabilidad desde el momento en que el/la residente abandona la misma. El domingo la residencia se abre a las 20:00 h. <u>El acceso a la misma no está permitido con anterioridad a esa hora.</u></p>	Firma:												
6	<p>Personas que pueden sacar al residente menor de edad. AUTORIZO a (indicar nombre y parentesco de un máximo de tres personas concretas)</p> <table border="1" data-bbox="167 649 1157 907"> <thead> <tr> <th data-bbox="167 649 438 683">Nombre</th> <th data-bbox="438 649 949 683">Apellidos</th> <th data-bbox="949 649 1157 683">Parentesco</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="167 683 438 757"></td> <td data-bbox="438 683 949 757"></td> <td data-bbox="949 683 1157 757"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="167 757 438 831"></td> <td data-bbox="438 757 949 831"></td> <td data-bbox="949 757 1157 831"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="167 831 438 907"></td> <td data-bbox="438 831 949 907"></td> <td data-bbox="949 831 1157 907"></td> </tr> </tbody> </table> <p>para poder sacar al residente durante el curso 2024/2025. <i>(Sólo excepcionalmente y con permiso de la jefa de residencia podrá salir un/a residente durante el tiempo de estudio obligatorio).</i></p>	Nombre	Apellidos	Parentesco										Firma:
Nombre	Apellidos	Parentesco												
7	<p>Salidas culturales por la ciudad de Ávila. AUTORIZO a mi hijo/a a participar en las actividades y salidas a la ciudad de Ávila que organice la residencia durante el curso 2024/2025.</p>	Firma												
8	<p>EMERGENCIAS SANITARIAS 112 Yocomo madre/padre o tutor y ante el aviso por parte de la residencia de una emergencia sanitaria de mi hijo/a, me comprometo a hacerme cargo de la situación en la mayor brevedad de tiempo posible. El equipo educativo de la residencia atenderá la situación hasta que lleguen los padres. Se recuerda que la residencia no es un centro de menores y que los padres o tutores legales son los responsables de sus hijos.</p>	Firma:												
9	<p>AUTORIZO al personal educativo de la residencia, que en caso de extrema urgencia y si no pudieran contactar con la familia, a poder tomar las decisiones oportunas en beneficio de la salud de sus hijos, siempre asesorados por el personal sanitario.</p>	Firma:												
10	<p>Yo.....como madre/ padre o tutor autorizo a mi hijo/a a salir fuera del recinto de la residencia (después de cenar) cuando y el tiempo que las educadoras crean conveniente.</p>	Firma:												

**Se recuerda que la ley prohíbe fumar en la residencia y en todo su recinto vallado.
El/la residente que incumpla esta norma será sancionado y enviado a casa.**

