



Generalitat de Catalunya  
Departament d'Ensenyament  
**ESCOLA VOLERANY**  
carrer Castellet, 15  
08800 Vilanova i la Geltrú  
www.escolavolerany.cat  
a8065275@xtec.cat

## TRASLLAT MÈDIC

\_\_\_\_\_, amb DNI num. \_\_\_\_\_ pare, mare o tutor/a de  
(nom familiar) (DNI)

l'alumne/a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(nom alumne/a) (curs)

**AUTORITZO** a l'Escola Volerany a traslladar, amb els mitjans que calgui, al meu fill/la meva filla a un centre mèdic o hospitalari en cas d'accident o malaltia, durant les activitats escolars, dins i/o fora del recinte.

Signatura pare/mare o tutors

Vilanova i la Geltrú, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 201\_\_

Aquesta autorització serà vàlida durant tota la escolaritat de l'alumne/a en el centre o fins que sigui anul·lada expressament.