

AUTORIZACIÓN PARA TRASLADO DE ACCIDENTADO/A

D./a _____, maior de idade, con matrícula oficial no CIFP Valentín Paz Andrade e DNI _____, por mor dun accidente escolar non urxente e

Beneficiario/a do Seguro escolar

SI

☐

NON

☐

AUTORIZO/A a:

D./a _____, maior de idade, coñecedor/a do accidente, con matrícula oficial no CIFP Valentín Paz Andrade e DNI _____, a que me acompañe ao Centro de atención sanitaria correspondente (riscar o que proceda):

☐ Sanatorio Concheiro	Av. de Madrid, 4 (Vigo)
☐ Hospital Álvaro Cunqueiro	Estrada de Clara Campoamor, 341 (Vigo)
☐ Outro (.....)	

D./a _____, COMPROMÉTESE a trasladar ao alumno/a accidentado/a, en medio de transporte (riscar o que proceda):

☐ Transporte público axeitado
☐ Vehículo propio (Matrícula _____)

En Vigo a ____ de _____ de 20__

O/A alumno/a accidentado/a

O/A alumno/a acompañante

Asdo. _____

Asdo. _____