

# SOLICITUD PARA LA ELECCIÓN DE LA ENSEÑANZA DE RELIGIÓN

D./Dña. \_\_\_\_\_

padre/madre o tutor/a legal del alumno/a \_\_\_\_\_

SOLICITA:

Que mi hijo/a, a partir del curso \_\_\_\_\_, y mientras no modifique la decisión

**SÍ** curse enseñanza de religión.

Escriba una X en el recuadro de la opción seleccionada

- Católica**
- Evangélica**
- Islámica**
- Otra** ( \_\_\_\_\_ )
- Historia y cultura de las religiones (Sólo alumnos de E.S.O.)**

*La oferta de la religión solicitada, está condicionada al número de alumnos/as que la solicitan, y a las posibilidades de organización del centro.*

**NO** curse enseñanza de religión.

**Valores sociales y cívicos**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Firma del padre/madre o tutor/a legal



Junta de Castilla y León

Consejería de Educación

CRA LA ESGUEVA

AUTORIZACIÓN ENTREGA DE ALUMNADO EN OTRA PARADA DENTRO DE LA RUTA ESCOLAR DEL ALUMNO/A



AUTORIZACIÓN

Dº/Dª \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ como padre/madre/tutor/a del alumno/a \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ inscrito en Transporte Escolar perteneciente al Centro Escolar \_\_\_\_\_ de la provincia de \_\_\_\_\_.

AUTORIZO A:

Que mi hijo/a, tutelado/a, se baje en la parada del autobús de la localidad de \_\_\_\_\_ en la siguientes fechas \_\_\_\_\_ para que sea recogido por la persona autorizada para ello, siendo consciente de las responsabilidades que tengo como padre, madre, tutor/a, tales como el acompañamiento hasta la subida del autobús y su recogida tras la llegada del mismo, asumiendo totalmente las consecuencias que dicha acción pueda derivar.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

FIRMA:

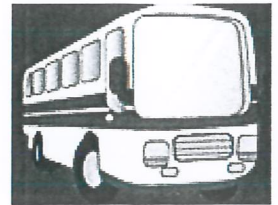


Junta de Castilla y León

Consejería de Educación

CRA LA ESGUEVA

AUTORIZACIÓN ENTREGA DE ALUMNADO EN OTRA PARADA DENTRO DE LA RUTA ESCOLAR DEL ALUMNO/A



AUTORIZACIÓN

Dº/Dª \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ como padre/madre/tutor/a del alumno/a \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ inscrito en Transporte Escolar perteneciente al Centro Escolar \_\_\_\_\_ de la provincia de \_\_\_\_\_.

AUTORIZO A:

Que mi hijo/a, tutelado/a, se baje en la parada del autobús de la localidad de \_\_\_\_\_ en la siguientes fechas \_\_\_\_\_ para que sea recogido por la persona autorizada para ello, siendo consciente de las responsabilidades que tengo como padre, madre, tutor/a, tales como el acompañamiento hasta la subida del autobús y su recogida tras la llegada del mismo, asumiendo totalmente las consecuencias que dicha acción pueda derivar.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

FIRMA:



# AUTORIZACIÓN RECOGIDA ALUMNADO

PROGRAMA ACOMPAÑANTES  
DEL TRANSPORTE ESCOLAR

## DATOS PERSONALES DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS

APELLIDOS	NOMBRE	D.N.I./N.I.E. o PASAPORTE	VÍNCULO

Dº/Dª \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_  
como padre/madre/tutor/a del alumno/a \_\_\_\_\_ con DNI  
\_\_\_\_\_ inscrito en Transporte Escolar perteneciente al Centro Escolar  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Certifica la veracidad de los datos aquí aportados así como la autorización de recoger al alumno/ alumna por las personas identificadas en este documento.

En ..... a ..... de ..... de 2011

Firma padre, madre, tutor/ tutora

Firma Dirección

**CRA LA ESGUEVA**

Yo \_\_\_\_\_ como padre/madre/tutor de mi  
hijo/a \_\_\_\_\_ autorizo al personal del centro para  
que le dé a mi hijo el medicamento que lleva en la mochila.

Tiene que tomar la siguiente dosis: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor:

---

C/ Ramón y Cajal 29, ESGUEVILLAS DE ESGUEVA (VALLADOLID) C.P.: 47176  
Tfno.: 983 68 65 84  
Correo-e.: [47007215@educa.jcyl.es](mailto:47007215@educa.jcyl.es)

**CRA LA ESGUEVA**

Yo \_\_\_\_\_ como padre/madre/tutor de mi  
hijo/a \_\_\_\_\_ autorizo al personal del centro para  
que le dé a mi hijo el medicamento que lleva en la mochila.

Tiene que tomar la siguiente dosis: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor:

---

C/ Ramón y Cajal 29, ESGUEVILLAS DE ESGUEVA (VALLADOLID) C.P.: 47176  
Tfno.: 983 68 65 84  
Correo-e.: [47007215@educa.jcyl.es](mailto:47007215@educa.jcyl.es)



**CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO DE IMÁGENES/VOZ DE ALUMNOS  
EN CENTROS DE TITULARIDAD PÚBLICA - CURSO 2020/2021.**

La rápida evolución tecnológica, así como la proliferación de plataformas de difusión de la actividad de los centros implica el tratamiento de datos de carácter personal de alumnos con finalidades distintas a la estrictamente educativa, por lo que **es necesario contar con el consentimiento de padres y/o tutores de alumnos menores de 14 años o de los propios alumnos, si estos tienen 14 o más años**, para el tratamiento de estos datos.

La finalidad de este documento es:

- **Informar** a los padres/tutores de los alumnos menores de 14 años y a los alumnos mayores de 14 del centro, del tratamiento que éste realizará de las imágenes/ voz de los alumnos.
- **Recabar el consentimiento** de padres, tutores o alumnos como base jurídica que permitirá al centro el tratamiento de las imágenes/voz de los alumnos.

Con carácter previo a la firma del presente documento usted **deberá leer la información relativa a la protección de datos de carácter personal** sobre el tratamiento de imágenes/voz de los alumnos en centros docentes de titularidad pública, que se detalla al dorso del presente documento.

Si el Alumno/a es menor de 14 años: D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, (padre/madre/tutor/a)

y D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, (padre/madre/tutor/a) del alumno/a \_\_\_\_\_ o

Si el Alumno/a es de 14 o más años: El/la alumno/a \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ en su propio nombre

CONSIENTE

NO CONSIENTE

Al Centro \_\_\_\_\_ el tratamiento de la imagen/voz de su hijo/a, o de mi imagen/voz (si el alumno tiene 14 años o más), especialmente mediante fotografías o vídeos, con la finalidad de difundir las actividades del centro, en los siguientes medios: (Sólo se entenderá que consiente la difusión de imágenes/voz por los medios expresamente marcados a continuación):

Página Web del centro y redes sociales del centro

Blogs del centro

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Fdo.- \_\_\_\_\_  
(Padre/madre/tutor-a del alumno/a  
Nombre, apellidos y firma)

Fdo.- \_\_\_\_\_  
(Padre/madre/tutor-a del alumno/a  
Nombre, apellidos y firma)

Fdo.- \_\_\_\_\_  
(Alumno/a de 14 o más años  
Nombre, apellidos y firma)



## ANEXO I

### DECLARACIÓN RESPONSABLE (a cumplimentar por el PADRE, MADRE O TUTOR)

D./Dña \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_,  
y \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ domicilio \_\_\_\_\_ en  
\_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_  
Provincia de \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ y teléfono \_\_\_\_\_, como padre / madre /  
tutor legal, del alumno/a \_\_\_\_\_, matriculado en el grupo  
\_\_\_\_\_, en el centro educativo \_\_\_\_\_, de la localidad  
de \_\_\_\_\_

**DECLARA responsablemente** que su hijo/a no asistirá al centro educativo en caso de:

- Presentar fiebre, tos, sensación de falta de aire u otros síntomas compatibles con la COVID-19 como dolor de garganta, pérdida de olfato o del gusto, dolores musculares, diarreas, dolor torácico o dolor de cabeza.
- Estar diagnosticado como caso confirmado de COVID-19.
- Estar en periodo de aislamiento requerido por la autoridad sanitaria o en período de cuarentena domiciliar por haber tenido contacto estrecho con alguna persona con síntomas, caso sospechoso o diagnosticado de COVID-19.

En \_\_\_\_\_ a \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Firma padre/madre/tutor

## AUTORIZACIÓN SALIDA AL ENTORNO

Centro: **CRA LA ESGUEVA**

Localidad: . . . . . **ESGUEVILLAS DE ESGUEVA**

D./DÑA. \_\_\_\_\_

Con DNI \_\_\_\_\_

Representante legal del alumno/a

\_\_\_\_\_

AUTORIZO



NO AUTORIZO

Expresamente al centro educativo:

A que mi hijo pueda salir del centro para realizar actividades complementarias a su aprendizaje académico.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

Fdo.