D. /Dª. …… con DNI……. como (parentesco)…….....de.....

Doy mi autorización al personal de la Residencia José Luis L. Aranguren para las siguientes actividades para el curso 2023-2024:

Nº	Autorización	Firma
1	**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. <u>NO poner los medicamentos de enfermedades crónicas.</u> Los residentes mayores de edad podrán tomar ellos mismos los analgésicos que habitualmente tomen en casa.	**Medicamentos:** **Dosis:** **Firma:**
2	**Información académica.** AUTORIZO al equipo educativo de la residencia a recabar información y recoger documentación académica del centro de estudios de mi hijo/a , así como firmar documentos cuando coincida con su estancia en la residencia y no puedan firmarlo sus padres (en caso de residente mayor de edad lo hace en nombre propio), para facilitar su labor educativa.	**Firma Padre/Madre/Tutor:** **Firma Alumno/a:**
3	**Salidas a clases particulares, entrenamientos y similares.** AUTORIZO para acudir con la frecuencia (diariamente, dos veces por semana…) ……. los días…….. durante (una semana, un mes…) …….. a la actividad ……., de …… horas a …….. horas, para lo cual doy mi consentimiento y asumo la responsabilidad de lo que le pudiera ocurrir. Además, confirmo que se mantendrán dos horas de estudio obligatorio en el horario que determine la educadora de su planta.	**Firma:**
4	**Salida de fin de semana.** AUTORIZO a que abandone la residencia todos los VIERNES Y VISPERAS DE FIESTA lectivos del curso escolar 2023/2024 bajo mi responsabilidad, no regresando hasta los domingos/ lunes. (*Señalar el día que vuelve*). La Residencia queda exenta de cualquier responsabilidad desde el momento en que el residente abandona la misma. **El domingo la residencia se abre a las 20:00 h. El acceso a la misma no está permitido con anterioridad a esa hora.**	**Firma:**
5	**Salida durante los paseos y tiempos fuera de la residencia , que este curso escolar se amplían debido a la situación actual de pandemia.** AUTORIZO a mi hijo/a a salir del centro de lunes a viernes durante el curso académico, en los horarios establecidos por el equipo educativo.	**Firma:**
6	**Personas que pueden sacar al residente.** AUTORIZO a (indicar nombre y parentesco de tres personas concretas) Nombre | Apellidos | Parentesco | | | | | | | | | para poder sacar al residente durante el curso 2023/20234. *(Sólo excepcionalmente y con permiso de la jefa de residencia podrá salir un/a residente durante el tiempo de estudio obligatorio).*	**Firma:**

7	AUTORIZO a mi hijo/a a participar en las actividades y salidas a la ciudad de Ávila que organice la residencia durante el curso 2023/2024.	**Firma**
8	Casos de emergencias sanitarias. SOLO CASOS EXCEPCIONALES. AUTORIZO a la Jefa de la Residencia, que en el caso de no poder contactar con la familia y se presente un caso de extrema urgencia (traumatismos, apendicitis...), puedan tomar las decisiones oportunas en beneficio de la salud de sus hijos, siempre asesorados por el personal sanitario.	**Firma:**
9	Yo ……..como madre/padre o tutor me hago responsable de no llevar a mi hijo con síntomas compatibles con el Covid-19 a la Residencia y soy conocedor/a de que ningún residente que tenga fiebre o esté enfermo puede permanecer en la residencia. El incumplimiento de esta norma supondrá la expulsión inmediata del residente y las consiguientes responsabilidades legales.	**Firma:**
10	Yo ……..como madre/ padre o tutor autorizo a mi hijo/a a salir fuera del recinto de la residencia a fumar cuando las educadoras lo autoricen. Se recuerda que la ley prohíbe fumar en la residencia y en su recinto vallado. El/la residente que incumpla esta norma será sancionado y enviado a casa.	**Firma**