

# LIBRO DE AUTORIZACIONES



# aliados

ME LLAMO:

HE NACIDO EN EL AÑO:



**ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA****REFERENCIA DE LA ORDEN DE DOMICILIACION:**

Identificador de la persona Acreedora: B-47619846

Nombre de la persona Acreedora: ALIADOS POR LA INTEGRACIÓN, S.L

Dirección de la persona Acreedora: Paseo de la Castellana, 121, Escalera Izda. 1ºC

Código Postal-Población-Provincia: 28046 Madrid

País de la persona Acreedora: España

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, autoriza a ALIADOS POR LA INTEGRACIÓN S.L., a enviar instrucciones a la entidad de la persona deudora, para adeudar su cuenta, y a la entidad, para efectuar los adeudos en su cuenta, siguiendo las instrucciones de la persona acreedora.

Como parte de sus derechos, la persona deudora está legitimada al reembolso por su entidad, en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso, deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta.

Identificador de la persona Deudora (DNI):

Nombre de la persona Deudora:

Dirección de la persona Deudora:

Código Postal-Población-Provincia:

País de la persona Deudora:

**Nº DE CUENTA-IBAN**

		Código de la Entidad				Código de la Oficina				Dígitos Control		Número de Cuenta										

*IBAN: Código Internacional de Cuenta Bancaria*TIPO DE PAGO: ☐ Único ☐ Recurrente

FECHA:

LOCALIDAD:

FIRMA:

## ADEUDO POR CHEQUE GUARDERÍA

El cheque guardería es una forma de pago que ofertan algunas empresas a sus personas empleadas y que permite obtener beneficios fiscales. En la \_\_\_\_\_ es posible realizar el pago de las mensualidades mediante este sistema o combinar esta forma con la domiciliación bancaria si se quiere abonar sólo una parte de la mensualidad por cheque.

Para poder realizar una gestión eficiente de esta modalidad de pago es necesario, que todas aquellas familias que se vayan a acoger, nos traigan debidamente cumplimentado este impreso.

### DATOS DE LA ESCUELA INFANTIL

NOMBRE:
DIRECCIÓN:
TELÉFONO:

### DATOS DEL ALUMNO/A

NOMBRE Y APELLIDOS:
FECHA DE NACIMIENTO:

### DATOS DE LA PERSONA TITULAR DEL CHEQUE

NOMBRE Y APELLIDOS:
DNI:
EMPRESA EN LA QUE TRABAJA:

### DATOS DE LOS CHEQUES

EMPRESA GESTORA (Marcar con una X la que corresponda)			
Chèque Dejeuner <input type="checkbox"/>	Endenred <input type="checkbox"/>	Pass Sodexo <input type="checkbox"/>	Chequegourmet <input type="checkbox"/>
DKV <input type="checkbox"/>	Otros (indicar nombre):		

### MESES QUE SE HAN SOLICITADO E IMPORTE DE CADA MES

MES	IMPORTE	MES	IMPORTE	MES	IMPORTE
Septiembre _____		Enero _____		Mayo _____	
Octubre _____		Febrero _____		Junio _____	
Noviembre _____		Marzo _____		Julio _____	
Diciembre _____		Abril _____		Agosto _____	

NOTA: Se recomienda a aquellas familias que van a pagar **TODOS** los servicios de la escuela a través de esta modalidad dejen **sin cheque al menos un mes durante el curso escolar**.

## AUTORIZACIÓN FOTO Y VIDEO

Por medio del presente escrito, la persona abajo firmante, como padre, madre o persona tutora legal, autoriza expresamente a \_\_\_\_\_ la utilización de la imagen fotográfica de la persona menor representada, para su publicación en todo tipo de medios físicos y digitales, incluidos redes sociales, con la finalidad de comercializar las imágenes con fines benéficos.

Las imágenes se utilizarán exclusivamente dentro las finalidades indicadas, y bajo ningún se utilizarán para otros fines.

Esta autorización se hace de acuerdo con el párrafo 2 del artículo 2 de la ley 1/1982 de 5 de mayo de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, y a la propia imagen (BOE núm. 115, de 14-05-1982).

D. /Dña. \_\_\_\_\_ con DNI nº \_\_\_\_\_  
padre/madre/persona      tutora/persona      representante      legal      de  
\_\_\_\_\_, autorizo al tratamiento de la imagen y datos  
personales de la persona menor exclusivamente para las finalidades indicadas.

**Firmado:**

**DNI:**

**Fecha:**

### Información sobre Protección de Datos

**Finalidad:** Uso de las imágenes de los menores para su publicación y comercialización con fines benéficos.  
**Legitimación:** Consentimiento del padre/madre/persona tutora legal. **Cesiones:** No se prevé, salvo las publicaciones mencionadas. **Conservación:** Durante la vigencia de la comercialización de las imágenes y plazos legalmente establecidos. **Derechos:** Puede ejercer su derecho de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación dirigiéndose a la persona responsable. En caso de divergencias, puede presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)).

**DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO**

Gracias a las nuevas tecnologías disponemos de un canal de comunicación entre la escuela y la familia que creemos facilita el intercambio de información. Es sencillo, sólo debéis facilitar una dirección de correo electrónico que pasará a formar parte de nuestra base de datos. La cual, se usará para agilizar la comunicación sobre aspectos significativos de la escuela: circulares, convocatorias de reuniones, invitaciones a charlas, difusión de información sobre temas de interés, noticias sobre fiestas y eventos, evaluación de vuestro nivel de satisfacción, etc. De esta forma, además de participar con el cuidado del medio ambiente, con el importante ahorro de papel que supone, todos podemos estar más y mejor informados sobre la vida escolar. Si estás interesado en formar parte de esta iniciativa devuelve la parte de debajo de esta hoja debidamente cumplimentada.

Muchas Gracias.

Nombre del Alumno/a \_\_\_\_\_

Aula \_\_\_\_\_

**Nombre de los padres/personas tutoras**

Dirección de Correo Electrónico (en Mayúsculas)

### PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER A SU HIJO/A

Yo D. /Dña. \_\_\_\_\_ como  
padre/madre/persona tutora legal del alumno/a, \_\_\_\_\_,  
matriculado en la Escuela Infantil \_\_\_\_\_ en el curso escolar  
\_\_\_\_/\_\_\_\_,

**AUTORIZO** a las siguientes personas a recoger a mi hijo/a.

NOMBRE PERSONA AUTORIZADA	D.N.I.	TELÉFONOS	VÍNCULO CON EL ALUMNO/A

**¡IMPORTANTE! Adjuntar fotocopia del D.N.I de cada persona autorizada.**

El personal de la Escuela Infantil podrá exigir el D.N.I a cualquier persona autorizada que recoja al alumno/a para su identificación.

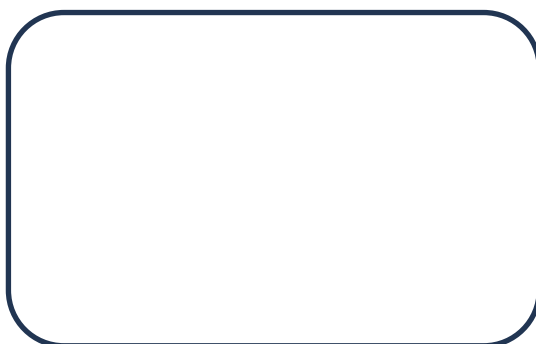
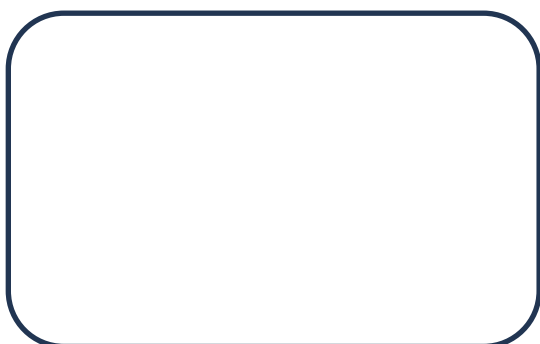
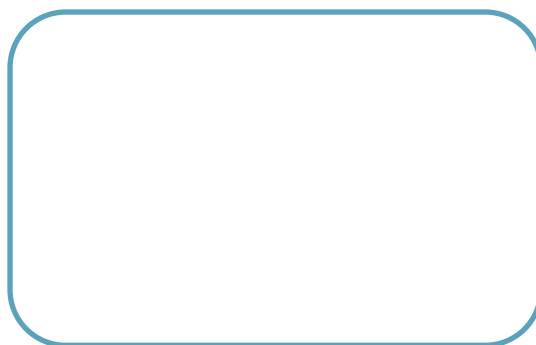
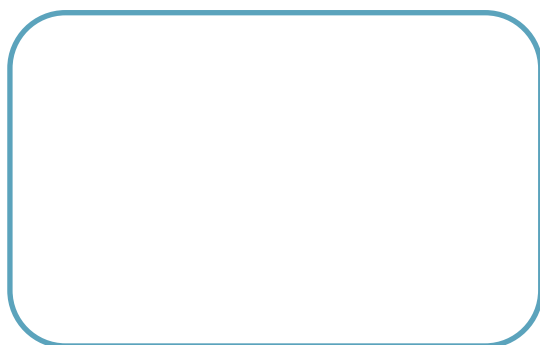
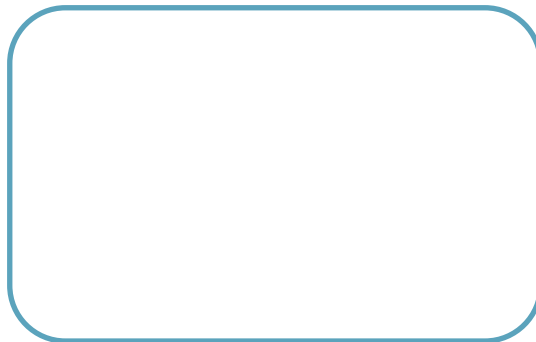
En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Firmado:**

**DNI:**

**FOTOCOPIA DE DNI DE PERSONAS AUTORIZADAS**

(Pegar Fotocopia del Anverso y Reverso)

**ANVERSO****REVERSO**

### AUTORIZACIÓN DE INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS

Yo D. /Dña. \_\_\_\_\_ como  
padre/madre/persona tutora legal del alumno/a, \_\_\_\_\_,  
matriculado en la Escuela Infantil \_\_\_\_\_ en el curso escolar  
\_\_\_\_/\_\_\_\_,

**AUTORIZO** al personal de dicha Escuela Infantil, a introducir en el menú de mi hijo o hija, los  
siguientes alimentos.

ALIMENTO	FECHA	FIRMA DE LA PERSONA TUTORA	ALIMENTO	FECHA	FIRMA DE LA PERSONA TUTORA
Patata			Pollo		
Zanahoria			Ternera		
Puerro			Pescado blanco		
Calabaza			Pescado azul		
Calabacín			Lentejas		
Judía verde			Garbanzos		
Huevo			Alubias		
Yogur			Yogur sabores		
Arroz			Pasta		

No obstante, se recuerda que es preferible y aconsejable, que la introducción de alimentos sea  
pautada según las instrucciones de vuestro pediatra y una vez los hayáis introducido  
anteriormente en vuestros domicilios. Posteriormente, desde el Centro y previa autorización  
rellena, se irán suministrando dichos alimentos en la dieta diaria de su hijo/a en la Escuela  
Infantil, tal y como nos indiquéis en dicha autorización.

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

**Firmado:**

**DNI:**



### AUTORIZACIÓN INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS EXTERNOS

(Completar sólo por indicación del personal de la Dirección del centro en la Entrevista Inicial)

Según la normativa del centro, está prohibido la introducción de alimentos, salvo en casos excepcionales en los cuales los padres firmaran esta autorización.

Yo D. /Dña. \_\_\_\_\_ como padre/madre/persona tutora legal del alumno/a, \_\_\_\_\_, matriculado en la Escuela Infantil \_\_\_\_\_ en el curso escolar \_\_\_\_/\_\_\_\_,

**AUTORIZO** al personal del Equipo Educativo de la Escuela Infantil:

1. A administrar los alimentos que traigo de forma personal, con el objeto de poder así dar a mi hijo/a alimentos que no puede proporcionar el centro.
2. Me comprometo a traer los alimentos en buenas condiciones.
3. El centro no se hace responsable de las posibles consecuencias que pueda acarrear la ingestión de alimentos que se traigan fuera del centro.

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

**Firmado:**

**DNI:**

### AUTORIZACIÓN PROTECCIÓN SOLAR

Yo D. /Dña. \_\_\_\_\_ como  
padre/madre/persona tutora legal del alumno/a, \_\_\_\_\_,  
matriculado en la Escuela Infantil \_\_\_\_\_ en el curso escolar  
\_\_\_\_/\_\_\_\_,

**AUTORIZO**, a las personas educadoras de la Escuela de Educación Infantil a aplicarle protector solar, a mi hijo/a cuando ellos lo consideren necesario.

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

**Firmado:**

**DNI:**

**AUTORIZACIÓN ROPA DEL CENTRO**

Yo D. /Dña. \_\_\_\_\_ como  
padre/madre/persona tutora legal del alumno/a, \_\_\_\_\_,  
matriculado en la Escuela Infantil \_\_\_\_\_ en el curso escolar  
\_\_\_\_/\_\_\_\_,

**AUTORIZO**, a las personas educadoras de la Escuela de Educación Infantil a ponerle ropa del Centro a mi hijo/a si fuera necesario.

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

**Firmado:**

**DNI:**

## AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS ANTITÉRMICOS

(Solamente Casos Excepcionales y de Urgencia)

Yo D. /Dña. \_\_\_\_\_ como  
padre/madre/persona tutora legal del alumno/a, \_\_\_\_\_,  
matriculado en la Escuela Infantil \_\_\_\_\_ en el curso escolar  
\_\_\_\_/\_\_\_\_,

**AUTORIZO** al personal de este centro a suministrar medicamentos antitérmicos (Ibuprofeno o Paracetamol), sólo cuando no se consiga localizarme en casos excepcionales y/o de urgencia.

**Nombre del antitérmico a administrar (Ibuprofeno o Paracetamol):** \_\_\_\_\_

### MODIFICACIÓN DE POSOLOGÍA DURANTE EL CURSO ESCOLAR:

FECHA Y FIRMA DEL FAMILIAR QUE AUTORIZA	POSOLOGÍA	MOMENTO DEL DIA
1º TRIMESTRE		
2º TRIMESTRE		
3º TRIMESTRE		

*Nota: Cuando el alumno o alumna, supere los 37,5 ° C. de temperatura, el personal del centro avisará al familiar correspondiente de la situación, para que pase a recoger a dicho alumno/a, en la mayor brevedad posible. Si la fiebre siguiera subiendo, se tomarían medidas de primera actuación (pañños frescos, duchar con agua fresquita, aligerar ropa, etc.). Si aun así siguiera subiendo dicha fiebre y no fuera posible localizar a los familiares autorizados a recoger a dicho alumno/a, solamente en ese caso y de manera excepcional, el centro suministrará el medicamento antitérmico reflejado en esta autorización como medida de seguridad según la posología registrada en esta autorización.*

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

**Firmado:**

**DNI:**

## AUTORIZACIÓN PAUTADA DE MEDICAMENTOS BAJO PRESCRIPCIÓN MÉDICA O TRATAMIENTOS CONTINUADOS

(Completar sólo en el caso de tratamientos continuados o pautados)

Yo D. /Dña. \_\_\_\_\_ como padre/madre/persona tutora legal del alumno/a, \_\_\_\_\_, matriculado en la Escuela Infantil \_\_\_\_\_ en el curso escolar \_\_\_\_/\_\_\_\_,

**AUTORIZO** al personal del Equipo Educativo de la Escuela Infantil a:

1. A administrar la medicación con la dosis descrita en esta autorización, solamente ante situaciones de emergencia o tratamientos continuados pautados por personal médico especialista, con el fin de paliar dichas situaciones o administrar el tratamiento pautado por el personal médico especialista.
2. Colocar la imagen de mi hijo/a en los espacios pertinentes del Centro para actuar con prevención respecto dicha situación.

SITUACIÓN	MEDICAMENTO	DOSIS / POSOLOGÍA	MOMENTO ADMINISTRACIÓN	FECHA TRATAMIENTO	
				INICIO	FIN

Es necesario recordar a las familias usuarias del Centro que es importante nos informen sobre cualquier incidencia médica que sea necesaria a conocer por el personal del Centro sobre prevención médica de su hijo/a, (debido a una posible enfermedad, convulsiones, shocks, posibles brotes alérgicos, etc.), ya que es necesario conocer la prevención ante dicha situación, además, es fundamental aportar el informe médico en el que indique el procedimiento a llevar a cabo, el medicamento a administrar y la dosis necesaria de dicho medicamento, además de entregar rellena y firmada esta autorización.

Igualmente, es necesario recordar a la familia, que es preferible que sean ellos quienes se acerquen al centro a administrar los medicamentos pautados para tratamientos continuados. Solamente, en aquellos casos, que impidan su administración por parte de la familia, será nuestro personal quien suministre dicho medicamento siguiendo las pautas marcadas en esta autorización y sujetas al informe médico entregado al centro.

**Adjuntar a esta autorización el informe médico**

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

**Firmado:**

**DNI:**

## AUTORIZACIÓN PROTOCOLO DE ALERGIAS E INTOLERANCIAS

(Completar sólo en el caso de padecer alergias o intolerancias)

Yo D. /Dña. \_\_\_\_\_  
como \_\_\_\_\_ padre/madre/persona \_\_\_\_\_ tutora \_\_\_\_\_ legal \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ alumno/a,  
\_\_\_\_\_, matriculado en la Escuela Infantil  
\_\_\_\_\_ en el curso escolar \_\_\_\_/\_\_\_\_,

**AUTORIZO** al personal del Equipo Educativo de la Escuela Infantil:

1. A administrar la medicación con la dosis descrita en esta autorización, solamente ante situaciones de alergia o intolerancia grave, con el fin de paliar dichas situaciones o administrar el tratamiento pautado por el personal médico especialista.
2. Colocar la imagen de mi hijo/ a en los espacios pertinentes del Centro para actuar con prevención respecto dicha situación.

NOMBRE Y TELÉFONOS DE CONTACTO	
Persona Tutora 1	
Persona Tutora 2	

### ALERGIA/INTOLERANCIA A:

<input type="checkbox"/> INHALACIÓN	<input type="checkbox"/> CONTACTO	<input type="checkbox"/> INGESTIÓN

(Señalar lo que proceda)

Indicar los alimentos/sustancias que hay que evitar y alimentos/sustancias que se toleran: (concretar alimentos/ sustancias, marcas, excipientes, etc.)

NO PERMITIDOS	PERMITIDOS

SÍNTOMAS O REACCIONES	SEÑALAR LO QUE PROCEDA
Boca: picazón e inflamación en los labios, lengua o boca	
Piel: ronchas, erupción de la piel, hinchazón en la cara o extremidades	
Intestino: náuseas, vómitos, diarrea, retortijón abdominal	
Garganta: picazón ronquera, tos seca recurrente	
Pulmón: falta de respiración, tos repetitiva y / o respiración sibilante	
Corazón: pulso filiforme, desmayo, palidez, baja presión, piel azulada	
Otros:	

**Tratamiento y /o actuación: (en caso de urgencia extrema)**

1.- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.- Seguir protocolo de accidentes escolares.

**Adjuntar a este protocolo el informe médico**

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

**Firmado:**
**DNI:**

### AUTORIZACIÓN TRASLADO CENTRO DE SALUD

Yo D. /Dña. \_\_\_\_\_ como  
padre/madre/persona tutora legal del alumno/a, \_\_\_\_\_,  
matriculado en la Escuela Infantil \_\_\_\_\_ en el curso escolar  
\_\_\_\_/\_\_\_\_,

**AUTORIZO** a la Escuela de Educación Infantil a trasladar a mi hijo/a al Centro de Salud en caso  
de que el personal educador lo crean necesario.

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

**Firmado:**

**DNI:**



### PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de la normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que con el objetivo de desarrollar nuestra actividad empresarial es necesario disponer de sus datos personales, que son tratados con la máxima confidencialidad con la finalidad de prestarle los servicios contratados.

Los datos personales que poseemos son los estrictamente necesarios y pertinentes para desarrollar nuestra actividad, son confidenciales y utilizados exclusivamente de manera interna por la empresa y para las finalidades indicadas. Por lo tanto, no cedemos ni comunicamos a ningún tercero sus datos sin su previo consentimiento, excepto en los casos legalmente previstos.

Así mismo le informamos, que hemos adoptado todas las medidas de índole técnica y organizativa necesarias para salvaguardar la seguridad de sus datos personales, tal como exige el Real Decreto 1720/2007 que regula el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal, y que todos nuestros ficheros están legalmente inscritos en el Registro General de Datos Personales.

En cualquier momento tiene derecho a acceder, rectificar y cancelar sus datos personales y demás derechos reconocidos normativamente dirigiéndose a:

proteccion.datos@fundacionaliados.org

Yo D. /Dña. \_\_\_\_\_ como  
padre/madre/persona tutora legal del alumno/a, \_\_\_\_\_,  
matriculado en la Escuela Infantil \_\_\_\_\_ en el curso escolar  
\_\_\_\_/\_\_\_\_,

**HE LEIDO Y ACEPTO** el tratamiento de los datos reflejados por la empresa gestora de la escuela infantil.

**Firmado:**

**DNI:**

**ACUSE DE RECIBO**

Yo D./Dña. \_\_\_\_\_ como  
padre/madre/persona tutora legal del alumno/a, \_\_\_\_\_,  
matriculado en la Escuela Infantil \_\_\_\_\_ en el curso escolar  
\_\_\_\_/\_\_\_\_,

**HE RECIBIDO** de la Escuela de Educación Infantil los documentos de “Bienvenida al Centro Infantil” y “Reglamento de Régimen interno”. Además, se me ha entregado la siguiente información de interés: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

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

**Firmado:****DNI:**