

Datos saúde do alumnado

- Alerxias **si**. Cales? _____
- Alerxias **non**.
- Intolerancias **si**. Cales? _____
- Intolerancias **non**.

AUTORIZO EXPRESAMENTE:	Marcar cun X	
	SI	NON
A súa participación nas saídas complementarias no Concello de Santiago en horario escolar.		
Ao uso e distribución da súa imaxe polo CEIP de Roxos para a súa publicación nos recursos educativos e nos formatos existentes (espazo web) e outros servizos on line para uso educativo exclusivo do profesorado, en cumprimento da lexislación vixente ao respecto, en especial do Protocolo integral de protección de datos e identidade dixital da Consellería de Educación, dentro da estratexia educonvives.gal, e ao amparo da Lei Orgánica 3/2018, de 5 de decembro de Protección de Datos Personais e garantía dos dereitos dixitais. Así mesmo, entendo que podo retirar esta autorización en calquera momento, comunicándoo á Dirección do centro.		
Compartir alimentos traídos do exterior do Centro en ocasións excepcionais (magosto, entroido).		
A realizar saídas dentro do horario escolar aos espazos da contorna do centro.		

Declaro que son certos os datos reflectidos neste formulario.

En Vilvestro (Santa M^a), a ____ de _____ do _____

Asdo:

Asdo:

Nai/Pai / Titora/or legal

Pai/Nai Titor/a legal