FUNDACIÓ esadIB
ESCOLA SUPERIOR D'ART DRAMÀTIC DE LES ILLES BALEARS

AUTORITZACIÓ PER TRASLLADAR UN ALUMNE/A EN CAS D'ACCIDENT DURANT EL CURS 2014-2015

DADES PERSONALS	
PRIMER LLINATGE	SEGON LLINATGE
NOM	DNI / PASSAPORT / NIE

☐ **AUTORITZ** el meu trasllat al centre sanitari més proper amb l'acompanyament d'un membre de l'ESADIB en el cas d'un accident lleu.

☐ **NO AUTORITZ** el meu trasllat al centre sanitari més proper amb l'acompanyament d'un membre de l'ESADIB en el cas d'un accident lleu.

En conseqüència, **SOL·LICIT** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Palma de Mallorca, ... de ..... de 2014.

[rúbrica]