

CRIET DE CALAMOCHA



C/ Aragón, 35. 44200 Calamocha (Teruel)
Tlf. 978 73 23 08. crietcalamocha@educa.aragon.es

FICHA DEL ALUMNO/A

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____
DIRECCIÓN: _____
LOCALIDAD: _____
CRA/CEIP: _____ CURSO: _____
ASISTE AL CRIET POR PRIMERA VEZ: SÍ ☐ NO ☐ CONDICIÓN DE ACNEAE: _____
NÚMERO DE TRIMESTRES QUE ASISTE: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ BENEFICIARIO/A DE BECA: SÍ ☐ NO ☐

DATOS DE LA FAMILIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE/MADRE O TUTOR/TUTORA
_____ TELÉFONO: _____
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE/MADRE O TUTOR/TUTORA
_____ TELÉFONO: _____

AUTORIZACIÓN FAMILIAR

D./Dña. _____ con DNI _____,
padre/madre/tutor/tutora del alumno/a, AUTORIZO a mi hijo/a
_____ a participar en el Programa Centros Rurales de
Innovación Educativa durante el curso 2025-2026.

• Estoy conforme con que mi hijo/a aparezca en imágenes y vídeos relacionados con las actividades que se realicen en el CRIET y que aparezcan en la página Web y las redes sociales del centro con fines pedagógicos.

SÍ ☐ NO ☐

• Me comprometo a ir a recoger a mi hijo/a a la localidad en la que se desarrolla el programa para llevarlo/a al domicilio familiar en caso de enfermedad, incumplimiento de normas u otra causa justificada.

Firma: _____

Fecha _____

Fdo. _____

FICHA DE BOTIQUÍN – INFORME MÉDICO

Debe ir acompañado del INFORME MÉDICO y de la AUTORIZACIÓN - ANEXO MÉDICO. En caso contrario, NO SE ADMINISTRARÁN MEDICAMENTOS.

MEDICACIÓN DIARIA/OCASIONAL SÍ ☐ NO ☐

NOMBRE DE LA MEDICACIÓN: _____

**En caso afirmativo, adjuntad pauta médica con instrucciones del médico y anexo médico.*

DIABÉTICO: SÍ ☐ NO ☐ ¿TOMA INSULINA?: SÍ ☐ NO ☐

ALERGIAS/INTOLERANCIAS (APORTAR DOCUMENTACIÓN): _____

SIGUE ALGUNA DIETA ALIMENTICIA: _____

DIETA HALAL (MARCAR SOLO EN CASO AFIRMATIVO) SÍ ☐

OTRAS OBSERVACIONES: _____