



Academia
CEDES
Colegio Concertado Plurilingüe

C/Pérez Galdós 15,
02003 Albacete
967 50 25 47 / 601 36 77 96
www.lacedes.com
direccion.academia@lacedes.com

SOLICITUD PARA CURSAR LA ENSEÑANZA DE *RELIGIÓN CATÓLICA O ALTERNATIVA DE RELIGIÓN* . (A RELLENAR POR LOS PADRES/MADRES O TUTORES).

D./Dña. _____

Como padre/madre/tutor del alumno/a _____

del curso _____ (indicar curso y letra).

SOLICITO :

Que mi hijo/a reciba la enseñanza en el Curso 2026/2027 de:

- Religión Católica ☐
- Alternativa a la Religión. ☐

En Albacete, a ____ de _____ de 2026.

Firma,

Fdo: _____



Academia
CEDES
Colegio Concertado Plurilingüe

C/Pérez Galdós 15.
02003 Albacete
967 50 25 47 / 601 36 77 96
www.lacedes.com
direccion.academia@lacedes.com

AUTORIZACIÓN PARA LA CAPTACIÓN Y DIFUSIÓN DE IMÁGENES Y GRABACIONES EN QUE APAREZCA EL ALUMNO

Don/Dña. _____,
titular del DNI _____, en calidad de padre/ madre/ tutor legal del alumno,
menor de edad, _____, por medio
de la presente,

☐ **AUTORIZO**

☐ **NO AUTORIZO**

expresamente, al Colegio Concertado Academia CEDES en lo que respecta a la captación y, en su caso, posterior difusión de las imágenes y grabaciones en las que aparezca el alumno, captadas durante la participación del mismo en las actividades escolares, extraescolares y/o complementarias organizadas por el Centro, dentro o fuera de las instalaciones propias, y ello con exclusiva finalidad pedagógica, toda vez que divulgativa de la oferta educativa del Centro.

Asimismo, convengo poner de manifiesto que el Centro Educativo ha informado al aquí firmante de que los efectos de la presente autorización cesarán, única y exclusivamente, en caso de realización de una comunicación formal al Centro, en este sentido, a través de los canales de comunicación habituales.

En Albacete, a _____ de _____ de 202_.

Fado. Padre/ madre/ tutor legal.



Academia
CEDES
Colegio Concertado Plurilingüe

C/Pérez Galdós 15.
02003 Albacete
967 50 25 47 / 601 36 77 96
www.lacedes.com
direccion.academia@lacedes.com

MODELO DE NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES O ALERGIAS

D./Dña. _____, en calidad de
padre/madre/tutor responsable del alumno/a _____
comunica al centro que éste padece la siguiente patología:

☐ Asma

☐ Alergia a: _____

☐ Convulsiones

☐ Diabetes tipo _____

☐ Otras patologías (indique el tipo):

Para ayudar a mejorar la respuesta por parte del Centro ante cualquier adversidad
derivada de lo arriba indicado, añada las siguientes observaciones de las patologías:

Para todos aquellos alumnos que precisen medicación, deben rellenar el anexo que
será entregado por el tutor/a de su hijo.

Lo que firma en Albacete, a _____ de _____ de 20

FDO: _____



Academia
CEDES
Colegio Concertado Plurilingüe

C/Pérez Galdós 15.
02003 Albacete
967 50 25 47 / 601 36 77 96
www.lacedes.com
direccion.academia@lacedes.com

Estimadas familias:

Les informamos de que ya pueden efectuar el pago para la contratación del SEGURO ESCOLAR DE ACCIDENTES que el Centro ofrece este curso para sus alumnos. Todos aquellos interesados deben abonar el importe correspondiente de la prima, **25 € por alumno**. Para poder realizar la póliza deberá de haber un número mínimo de alumnos asegurados, en caso contrario se devolverá el dinero.

Se ha estipulado que el plazo para el pago de la prima concluya el 25 de septiembre. La forma de pago será por la web. En el caso de querer contratar más de una póliza por tener más de un hijo matriculado, necesitamos que efectúen un pago distinto para cada uno de ellos.

Garantías y capitales: breve resumen de las garantías cubiertas por la póliza que están contratando.

- Asistencia Sanitaria por Accidente.....Incluida
- Límite de gastos médicos-hospitalarios en Centros Concertados..... Ilimitada
- Límite de gastos médicos-hospitalarios de libre elección..... 1.500€
- Gastos de primeras prótesis y asistencia dental..... 1.500€
(Como consecuencia de accidente amparado por la póliza)
- Rotura de gafas..... 300 €
(Como consecuencia de accidente amparado por la póliza)
- Cirugía reconstructiva..... 1.000€
- Garantías adicionales..... Incluida
- Asistencia en viaje..... Incluida
- Profesor de apoyo..... 10 días
- Fallecimiento por accidente.....12.000€
- Incapacidad permanente por accidente.....16.000€

Ámbito de cobertura: quedarán amparados por la póliza los accidentes ocurridos tanto durante el desarrollo habitual de las tareas docentes propias del Colegio como en otras actividades organizadas por el Colegio, independientemente de que se desarrollen dentro y/o fuera de las instalaciones del Centro. La cobertura de la póliza tendrá una duración de un año, siendo efectiva desde el 1 de octubre 2026.

Centros médicos concertados: QUIRÓNSALUDAlbacete.

RELLENE Y ENTREGUE AL PROFESOR TUTOR

D./Dña. _____
como padre/madre/tutor/ del alumno/a, _____
efectúa el pago de suscripción de la póliza del Seguro de Accidentes ofrecido por el Centro.

Firma del padre/madre: _____

