**LISTADO ALUMNOS 2025/2026 – CRONONAUTAS EN ACCIÓN** (entregadlo con, al menos, **tres semanas de antelación** a vuestra llegada al CRIE)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Centro y localidad: | |  | | 921…… | |
| ……@educa.jcyl.es | |
| Nivel/es (y localidad/es): | |  | | | |
| Fechas de asistencia: | | Del DD/MM/AAAA al DD/MM/AAAA. | | | |
| Nombre coordinador/a: | |  | | …….@educa.jcyl.es | |
| N.º alumnos totales: |  | N.º niñas: |  | N.º niños: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDOS (\*1)** | **CURSO** | **LOCALIDAD** | **TELÉFONOS** | **DIETAS ESPECIALES** (\*2) | **MEDICINAS** (\*3) | **ENFERMEDADES** | **CONSEN-TIMIENTO** |
|  |  |  | XXXXXXXXX / XXXXXXXXX |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

\*1: indicad el género, si el nombre puede llevar a error. / \*2: alergias, intolerancias, o el tipo de dieta que pueda requerir algún alumno en particular. / \*3: escribid “NO” si no autorizan a administrar medicación básica, como paracetamol o ibuprofeno. / \*4: escribid “NO” si no tienen el consentimiento para la captación de imágenes, vídeo y/o voz.

|  |  |
| --- | --- |
| **DIETAS ESPECIALES**  (alergias, intolerancias, o el tipo de dieta que pueda requerir algún alumno en particular): | **TRATAMIENTOS MÉDICOS DE ALUMNOS/AS DURANTE SU ESTANCIA EN EL CRIE**  (indicad nombre y apellidos del niño/a, medicamento, dosis y horario): |
|  |  |
| **OBSERVACIONES RESPECTO A LOS ALUMNOS/AS** (indicad nombre y apellidos, y explicación pertinente, con respecto a comportamientos, conflictos, personalidad… siempre que sea relevante): | **RECOMENDACIONES PARA LOS AGRUPAMIENTOS EN LAS HABITACIONES Y/O GRUPOS**  (especialmente para casos más particulares; lo intentaremos llevar a cabo, en la medida de lo posible): |
|  |  |

**LISTADO DE MAESTROS PARTICIPANTES DURANTE LA ESTANCIA EN EL CRIE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LUNES  *Nombre y apellidos* | Pernocta  SÍ/NO | MARTES  *Nombre y apellidos* | Pernocta  SÍ/NO | MIÉRCOLES  *Nombre y apellidos* | Pernocta  SÍ/NO | JUEVES  *Nombre y apellidos* | Pernocta  SÍ/NO | VIERNES  *Nombre y apellidos* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |