

NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO:GRADO:

A.- PERSONAS AUTORIZADAS

	Nombre y apellido	DNI
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		
6-		
7-		

B.- SI SE RETIRA SOLO

Autorizo a mi hijo/a a retirarse solo/a los días
.....

Al finalizar su actividad TM

Al finalizar su actividad TT

(Marcar las opciones que correspondan)

TELÉFONOS PARA UBICAR EN CASO DE NECESIDAD (Por favor mantener actualizados)

Cel. Mamá: _____

Cel. Papá: _____

Cel.....: _____

Se les recuerda a los sres. padres que en caso de modificar alguno de estos datos deberán informarlo con anticipación pues el Instituto no permitirá el retiro de los menores en contradicción con la presente autorización.

Firma Madre

Aclaración y DNI

Firma Padre

Aclaración y DNI
