



PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER AL ESTUDIANTE EN EL CASO DE CIRCUNSTANCIAS SOBREVENIDAS O POR CIRCUNSTANCIAS QUE IMPIDEN REALIZAR GESTIONES, VISITAS MÉDICAS, ETC. EN HORARIO NO LECTIVO.

Apellidos y nombre del/ de la alumno/a:

Curso y Grupo:

Apellidos y nombre de los tutores legales y firma:

D/D ^a : (nombre)	(firma)	D/D ^a : (nombre)	(firma)
-----------------------------	---------	-----------------------------	---------

Dirección:	Dirección:
------------	------------

Localidad:	Localidad:
------------	------------

Teléfonos:	Teléfonos:
------------	------------

Los tutores legales arriba firmantes autorizan la salida del Centro del/de la alumno/alumna; sin

transferir su custodia a terceros, exonerando al centro de cualquier responsabilidad a partir de ese momento, únicamente a las personas autorizadas a continuación:

Persona AUTORIZADA 1: Nombre completo:

Persona AUTORIZADA 1: DNI o equivalente:

Persona AUTORIZADA 1: Móvil:

Persona AUTORIZADA 1: Relación o grado de parentesco:

Persona AUTORIZADA 2: Nombre completo:

Persona AUTORIZADA 2: DNI o equivalente:

Persona AUTORIZADA 2: Móvil:

Persona AUTORIZADA 2: Relación o grado de parentesco:

En, a de de 20....