



CAMPUS SEMANA SANTA A TIEMPO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO O NIÑA:

CONTACTOS TELÉFONICOS:

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

TELÉFONO: _____

IMPORTANTE: ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL SIP DEL/A MENOR

AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA DE L@S MENOR POR OTROS FAMILIARES

D./Dña. _____, con DNI nº _____,
como progenitor/a del alumno/a _____

AUTORIZO a su recogida a las siguientes personas:

Nombre _____ DNI nº _____

Nombre _____ DNI nº _____

Nombre _____ DNI nº _____

Fdo. por ambos progenitores
