

AUTORIZACIÓN PARA SALIDAS
AL CENTRO DE SALUD



ampa
Virgen de
Navalazarza

D/D^a _____

Con NIF/NIE _____ como padre/madre o tutor del
alumno/a _____ del curso _____.

Autorizo

 SI NO

al personal de las Actividades organizadas por el AMPA para trasladar a mi hijo/a
al Centro de Salud de la localidad en horario dicha actividad,
en caso de necesidad médica urgente.

San Agustín del Guadalix, a ____ de _____ 20__

Firma del padre/madre o tutor