

AUTORIZACIÓN
ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS Y EXTRACURRICULARES
Curso escolar 202__ - __

Alumno _____ Curso _____ Grupo _____

Padre/madre/tutor/a legal _____

D.N.I. _____ Teléfono en caso de urgencia: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA ACTIVIDAD

Denominación:

Departamento:

Profesores responsables:

Cursos/grupos participantes:

Importe: (Depende del número participantes)

Fechas:

Lugar y hora de salida:

Autorizo a mi hijo/a _____ para que participe en la actividad complementaria o extracurricular de la que se me informa.

No Autorizo

FIRMA PADRE, MADRE O TUTOR/A

Fdo.: _____

Ciudad Real, a _____ de _____ de 20__

