

AUTORIZACIÓN DE SALIDAS A ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

D. / D^a. _____

con D.N.I. nº _____ como madre padre _____

del alumno/a _____

de

I2A	I3A	I3B	I3C	I4A	I4B	I4C	I5A	I5B	I5C
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

 de Educación Infantil

d e

1ºA	1º B	1º C	2ºA	2º B	2º C	2ºD	3ºA	3º B	3º C
-----	------	------	-----	------	------	-----	-----	------	------

 de Educación Primaria

de

4º A	4º B	4º C	5º A	5º B	5º C	6º A	6º B	6º C
------	------	------	------	------	------	------	------	------

 de Educación Primaria

Autorizo a mi hijo/a a salir en horario lectivo a las actividades complementarias y visitas didácticas que se realicen durante el curso escolar 20__- 20__ , acompañado por los profesores del centro.

En Soria, a _____ de _____ de 20__

El padre/tutor

La madre/tutora

Fdo.: _____

Fdo.: _____