

CPM SABIÑÁNIGO

AUTORIZACIÓN PATERNA O TUTELAR PARA LA PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES Y SALIDAS DEL CENTRO CURSO 2024/2025

Dña.	con DNI:
D.	con DNI:
Teléfonos de contacto:	
En calidad de padres/tutores de la menor/del menor	
Nombre y apellidos:	
Especialidad:	Curso:

En su nombre y representación AUTORIZO/AUTORIZAMOS:

- Su participación en la actividad denominada.....
.....
a realizarse
- Delegar su cuidado y vigilancia en los adultos que ejercen de acompañantes durante la citada actividad.

A su vez DECLARO/DECLARAMOS:

- Conocer y aceptar las características, organización y actividades programadas (necesidades de material, lugar de realización, programa diario, etc.)
- Conocer y aceptar la relación de adultos acompañantes que quedan al cuidado de los menores participantes y sus funciones.

Por todo ello, firmo/firmamos en señal de nuestro consentimiento.

En SABIÑÁNIGO , a de

de 202

Firmado: