

## CPM SABIÑÁNIGO

### AUTORIZACIÓN PATERNA O TUTELAR PROGRAMA DE SIMULTANEIDAD CURSO 2024/2025

Dña.	con DNI:
D.	con DNI:
Teléfonos de contacto:	
En calidad de representantes legales de la menor/del menor adscrito al Programa para la Simultaneidad de las Enseñanzas Profesionales de Música y la ESO	
Nombre y apellidos:	
Especialidad:	
Curso en las EE.PP. de Música:	
Curso de ESO:	

En su nombre y representación AUTORIZO/AUTORIZAMOS (márquese con una X la/las que corresponda/n):

El desplazamiento sin supervisión de los centros desde el IES San Alberto Magno hasta el Conservatorio Profesional de Música de Sabiñánigo para asistir a las clases incluidas en el Programa para la Simultaneidad de las Enseñanzas Profesionales de Música y la ESO durante el curso 202\_\_/202\_\_.

Su ausencia en el Conservatorio Profesional de Música de Sabiñánigo en el horario destinado a las asignaturas impartidas en el mismo dentro del Programa para la Simultaneidad de las Enseñanzas Profesionales de Música y la ESO durante el mes de septiembre y hasta el inicio de las actividades lectivas tal y como establece el Calendario Escolar para el curso 202\_\_/202\_\_.

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

En SABIÑÁNIGO , a de de 202

Firmado:

**A/A Jefatura de Estudios del CPM Sabiñánigo**