CONSERVATORIO PROFESIONAL DE MÚSICA DE SABIÑÁNIGO

AUTORIZACIÓN PATERNA O TUTELAR PARA PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES Y SALIDAS DEL CENTRO
CURSO 2026-2027

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:

a) Su participación en la actividad denominada:

que se realizará:

b) Delegar su cuidado y vigilancia en los adultos que ejercen de acompañantes durante la citada actividad.

A su vez DECLARO/DECLARAMOS:

a) Conocer y aceptar las características, organización y actividades programadas (necesidades de material, lugar de realización, programa diario, etc.).

b) 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: