
	<p>COLEGIO CONCERTADO LA VISITACIÓN DE NUESTRA SEÑORA "SALDAÑA" C/ Hospital de los Ciegos,26 Burgos 09003; Tf: 947 206630 Fax: 947 263185; E-mail: info@saldanet.com www.saldanet.com</p>	
--	--	--

AUTORIZACIÓN ASISTENCIA A ACTIVIDAD COMPLEMENTARIA



D/ D^a _____ CON DNI: _____

PADRE/MADRE DEL ALUMNO/A: _____

AUTORIZO LA ASISTENCIA DE MI HIJO A LA ACTIVIDAD _____
 _____ PROPUESTA POR EL CENTRO DENTRO DEL HORARIO
 LECTIVO PARA EL DÍA ___ de _____ de 20__ :

En Burgos a ___ de _____ de 20__

Fdo.-

	<p>COLEGIO CONCERTADO LA VISITACIÓN DE NUESTRA SEÑORA "SALDAÑA" C/ Hospital de los Ciegos,26 Burgos 09003; Tf: 947 206630 Fax: 947 263185; E-mail: info@saldanet.com www.saldanet.com</p>	
---	--	---

AUTORIZACIÓN ASISTENCIA A ACTIVIDAD COMPLEMENTARIA

D/ D^a _____ CON DNI: _____

PADRE/MADRE DEL ALUMNO/A: _____

AUTORIZO LA ASISTENCIA DE MI HIJO A LA ACTIVIDAD _____
 _____ PROPUESTA POR EL CENTRO DENTRO DEL HORARIO
 LECTIVO PARA EL DÍA ___ de _____ de 20__ :

En Burgos a ___ de _____ de 20__

Fdo.-