



	<p align="center"> 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 PARA QUE LOS ALUMNOS REGRESEN SOLOS A SUS DOMICILIOS en el curso 2017/18

D./Dña _____ **con**
DNI/NIE _____ **siendo (padre/madres/tutor legal)**
autorizo a que mi hijo/a _____ **regrese a**
casa solo/a a la finalización de la jornada escolar.

FIRMA

	<p align="center"> 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 PARA QUE LOS ALUMNOS REGRESEN SOLOS A SUS DOMICILIOS en el curso 2017/18

D./Dña _____ **con**
DNI/NIE _____ **siendo (padre/madres/tutor legal)**
autorizo a que mi hijo/a _____ **regrese a**
casa solo/a a la finalización de la jornada escolar.

FIRMA