

**MODELO**

**AUTORIZACIÓN PATERNA/MATERNA/DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL ALUMNO/A PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES Y/O COMPLEMENTARIAS**

<b>ALUMNO/A:</b>	
EDAD:	CURSO Y GRUPO:
DIRECCIÓN:	
TELÉFONO/S DE CONTACTO FAMILIAR:	
<b>CIRCUNSTANCIAS DE ESPECIAL INTERÉS :</b> enfermedades. Dieta, contraindicaciones medicinales, etc. (Se adjuntará informe médico si precisa una atención especial)	
Don/Dña:.....con D.N.I.:.....padre/madre/representante legal del alumno/a del Centro I.E.S. PÉREZ GALDÓS es conecedor de la actividad complementaria y/o extraescolar consistente en : ..... ..... que tendrá lugar el/los día/s .....en horario de ..... AUTORIZA la salida de su hijo/a a la actividad arriba indicada. En .....a .....de.....de 20..... Fdo.: Padre , madre o representante legal D.N.I.:.....	