

AUTORIZACIÓN RETIRO POR TERCEROS

NIVEL INICIAL



ASOCIACIÓN ITALIANA
DE S.M. NUEVA ITALIA
BARILOCHE | RIO NEGRO
INSTITUTO DANTE ALIGHIERI

San Carlos de Bariloche, _____ de _____ de _____

Para la puesta en práctica de medidas que garantizan la seguridad de los/las alumnos/as en el momento de la salida, solicitamos que completen la siguiente información:

Por la presente notifico que mi hijo/a: _____
de la sala _____, será retirado del establecimiento por las personas o el transporte que detallo:

NOMBRE DEL TRANSPORTISTA CONTRATADO: _____

TELÉFONO: _____

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR A SU HIJO/A:

NOMBRE Y APELLIDO	DNI	TELÉFONO	DÍAS QUE LO RETIRA

Recordamos que el presente documento sólo autoriza el retiro de los alumnos/as en el horario antes mencionado. En caso que su hijo sea retirado en otro horario o por otra persona NO mencionada en la lista deberá notificarlo en el cuaderno de comunicaciones indicando de quien se trata (nombre, apellido y DNI).

FIRMA MADRE/PADRE/TUTOR

Aclaración: _____