AUTORIZACIÓN RETIRO POR TERCEROS



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

NIVEL PRIMARIO



San Carlos de Bariloche, de		de		
Para la puesta en práctica de medida de la salida, solicitamos que comple		_	alumnos/as en el momento	
Por la presente notifico que mi hijo/a de grado, será retirado de				
NOMBRE DEL TRANSPORTISTA CONTRATADO:				
PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR A SU HIJO):			
NOMBRE Y APELLIDO	DNI	TELÉFONO	DÍAS QUE LO RETIRA	
-				
Recordamos que el presente docume cionado. En caso que su hijo/a sea re deberá notificarlo en el cuaderno de d	etirado en otro h	norario o por otra perso	ona NO mencionada en la lista	
		FIRMA MADRE/P	FIRMA MADRE/PADRE/TUTOR	
		Aclaración:	Aclaración:	