

Autorización para traslado al centro de salud

D. /Dña. _____

con D.N.I. _____ padre/madre/tutor del alumno/a _____

_____ de la clase de _____ del C.E.I.P. Juan Abascal.

AUTORIZO AL PROFESORADO

A trasladar a mi hijo/a al Centro de Salud de Briviesca en caso de emergencia durante el horario lectivo por no poderlo hacer yo y eximiéndoles de posibles responsabilidades por ello.

Briviesca, ____ de _____ de 20 ____

Firma del padre/madre/tutor:

<http://ceipjuanabascal.centros.educa.jcyl.es/sitio/09000835@educa.jcyl.es>

Calle Justo Cantón Salazar, nº 33 09240 **BRIVIESCA** (Burgos) Tfno. y Fax: 947.59 02 99

Autorización para traslado al centro de salud

D. /Dña. _____

con D.N.I. _____ padre/madre/tutor del alumno/a _____

_____ de la clase de _____ del C.E.I.P. Juan Abascal.

AUTORIZO AL PROFESORADO

A trasladar a mi hijo/a al Centro de Salud de Briviesca en caso de emergencia durante el horario lectivo por no poderlo hacer yo y eximiéndoles de posibles responsabilidades por ello.

Briviesca, ____ de _____ de 20 ____

Firma del padre/madre/tutor:

<http://ceipjuanabascal.centros.educa.jcyl.es/sitio/09000835@educa.jcyl.es>

Calle Justo Cantón Salazar, nº 33 09240 **BRIVIESCA** (Burgos) Tfno. y Fax: 947.59 02 99