

Ficha de autorización de Recogida

Apellidos y nombre del alumno/a

Edad

Curso:

Teléfonos de contactos

Otras indicaciones que desea hacer sobre su hijo/a (asma, alergias, vértigo, tratamiento médico, etc.):

D/D^a ..:.....Padre/Madre/Tutor/a (subraye lo que proceda) del alumno arriba indicado, AUTORIZA su recogida, a la finalización de las actividades extraescolares, a las siguientes personas:

Nombre y Apellido

D.N.I

Nombre y Apellido

D.N.I

Nombre y Apellido

D.N.I

Nombre y Apellido

D.N.I

Nombre y Apellido

D.N.I

En Las Palmas de Gran Canaria a de 20....

Fdo.: El Padre, Madre o responsable legal

D.N.I.....

Actividades Extraescolares Saludfit-

www.saludfit.com saludfitcanarias@gmail.com

Tfno. 646 664 182/640 737 776