

Autorizo a los siguientes adultos para retirar al alumno / a

■ Nombre y Apellido:

DNI: Vínculo: N° de teléfono:

■ Nombre y Apellido:

DNI: Vínculo: N° de teléfono:

■ Nombre y Apellido:

DNI: Vínculo: N° de teléfono:

■ Nombre y Apellido:

DNI: Vínculo: N° de teléfono:

TRANSPORTE ESCOLAR

Autorizo a mi hijo/a:

a retirarse del establecimiento con personal perteneciente al siguiente transporte escolar:

Datos del transporte escolar:

■ Nombre del Transporte:

Habilitación n°: Patente:

Datos personales del transportista:

■ Apellido y Nombre:

Tipo y N° de Documento: Telefono:

■ Apellido y Nombre:

Tipo y N° de Documento: Telefono:

Autorización de traslado médico:

Autorizo a mi hijo/a:

de año turno en caso de urgencia ser trasladado a (marque con una cruz):

Hospital de Niños Clínica del niño Otro (especificar):

La Plata de de 20

Firma y aclaración de padre - tutor

Firma y aclaración de madre - tutora