



Escola Dr. Arruga  
C/ Pavelló, 1  
17255 Begur  
Tlf. 972 624114  
b7000263@xtec.cat  
www.xtec.cat/ceipdoctorarruga/



Generalitat de Catalunya  
**Departament  
d'Ensenyament**

## **FULL D'AUTORITZACIÓ DE RECOLLIDA DELS I LES ALUMNES D'13, 14, 15, 1r i 2n PER GERMANS ESCOLARITZATS A L'ESCOLA DOCTOR ARRUGA DE BEGUR**

En /na: .....  
amb DNI/NIE..... com a pare/mare o tutor/a  
legal de l'alumne/a .....

### **AUTORITZO**

al seu germà o germana.....  
del nivell..... i menor d'edat, a recollir-lo a la sortida i em faig responsable  
dels efectes que d'aquesta situació se'n puguin derivar.

**Podeu retirar-ne el consentiment en qualsevol moment; la revocació no té efectes retroactius.**

Signo aquesta autorització a Begur,.....de.....de 20.....

### **SIGNATURA**