



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 DELS I LES ALUMNES A PARTIR DE 3r FINS A 6è A SORTIR SOLS I SOLES DE 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 meu fill o filla, menor d'edat a SORTIR SOL/A DE L'ESCOLA durant la resta de l'etapa escolar, 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,.....dede 20.....

SIGNATURA