



Escola Sant Quirze Safaja

Crta.BV1341pkm.0.830
 08189 Sant Quirze Safaja
 Tel.931024013
a8064982@xtec.cat

AUTORITZACIÓ RECOLLIDA D'ALUMNES

En/Na.....com a mare, pare o
 tutor/a legal de l'alumn@....., amb DNI
 núm:..... de l'Escola de Sant Quirze Safaja, ZER Moianès Llevant,

AUTORITZO que durant el curs...../....., el meu fill/a pugui marxar de l'escola amb:

NOM I COGNOM	DNI	TELÈFON DE CONTACTE

Sant Quirze Safaja,.....d'/de.....de 20.....

Signatura del pare/mare, tutor/a legal