

Carrer Mallorca, s/n (08214)
Tel. 93 718 75 06
a8042342@xtec.cat
www.ibadia.cat

FULL D'AUTORITZACIÓ

Nom i cognoms: _____,
amb DNI/NIE/Passaport núm. _____, pare / mare / tutor de
l'alumne/a _____ del grup:
_____.

AUTORITZO A:

Nom i cognoms: _____, amb
DNI/NIE/Passaport núm. _____, per a realitzar a l'Institut
Badia del Vallès, el tràmit següent:

Sabadell, ___ de/d' _____ de 20__

(signatura)

(signatura)

Nom i cognoms de la persona titular:

Nom i cognoms de la persona autoritzada:

-
- CAL ADJUNTAR FOTOCÒPIA DEL DNI/NIE/Passaport DE LA PERSONA TITULAR.
 - LA PERSONA AUTORITZADA HA DE PRESENTAR EL SEU DNI/NIE/Passaport ORIGINAL.