Generalitat de Catalunya
Departament d'Educacio
Ins Marta Mata
C/ Domènech Sugrañes i Gras, s/n
43840 SALOU
Tf. 675783415

AUTORITZACIÓ SORTIDA DEL CENTRE

En/Na_____, com a pare/mare/tutor-a de l'alumne/a _____, del curs _____ grup _____em responsabilitzo de la seva sortida el dia ___ mes ____ a les _____ hores , amb motiu de/d' _____
_____

Salou, ____ de _____ de 20__

(Signatura)

DNI (pare/mare)

Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació
Ins Marta Mata
C/ Domènech Sugrañes i Gras, s/n
43840 SALOU
Tf. 675783415

AUTORITZACIÓ SORTIDA DEL CENTRE

En/Na_____, com a pare/mare/tutor-a de l'alumne/a _____, del curs _____ grup _____em responsabilitzo de la seva sortida el dia ___ mes ____ a les _____ hores , amb motiu de/d' _____
_____

Salou, ____ de _____ de 20__

(Signatura)
DNI (pare/mare)