

AUTORIZACIÓN XERAL PARA ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

D./D ^a	D.O.I.
PAI/NAI/TITOR/A DO ALUMNO/A DESTE CENTRO	
MATRICULADO NO CURSO	
<p>INDIQUE SI OU NON</p> <p>..... AUTORIZA Ó SU FILLO/A A PARTICIPAR NAS ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS QUE SE REALIZARÁN DENTRO OU FÓRA DO RECINTO ESCOLAR Ó LONGO DESTE CURSO.</p> <p style="text-align: center;">SANTA CRUZ, / /</p> <p style="text-align: center;">ASINADO,</p>	