



## AUTORIZACIÓN ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES

Comunícolle que o seu fillo/a .....

Matriculado/a no curso	
------------------------	--

**Realizará a seguinte actividade:**

Nome da actividade	
Lugar de celebración	
Data	
Hora de saída do centro	
Hora de regreso no centro	

O/a profesor/a organizador/a Firma:  Nome:
---

As Pontes, de de

Selo do centro

(Firmar o enterado, cortar pola liña de puntos e entregar en secretaría ou á persoa organizadora da actividade)

### ENTERADO

**IES Plurilingüe Castro da Uz**  
R./ José M<sup>a</sup> Penabad López s/n  
15320 AS PONTES - (A Coruña)  
Tfno. 881 93 00 01 - Fax 881 93 00 16  
ies.castrodauz@edu.xunta.es

**Don/Dona** .....

Como  PAI  NAI  TITOR  RESPONSABLE do alumno/a:

(tachar o que non proceda)

Nome do alumno/a	
Matriculado no curso	

**Doume por enterado que relizará a seguinte actividade:**

Nome da accividade	
Lugar de celebración	
Data	
Hora de saída do centro	
Hora de regreso no centro	

<b>ENTERADO</b>
Firma:
Nome:

As Pontes, de de