



C.E.I.P" Plurilingüe Manuel Bermúdez Couso" Avda/castelao s/n

Pobra de Trives (Ourense) Tlfno e fax 988330029

E-mail: [ceip.manuel.bermudez@edu.xunta.es](mailto:ceip.manuel.bermudez@edu.xunta.es)

Don.....con D.N.I.....e

Dona..... con D.N.I.....,

pai/nai ou titor/a legal do/da alumno/a....., do

curso.....de educación infantil/primaria,

Autorizo ás seguintes persoas a recoller ao meu fillo/a:

AO REMATE DO HORARIO LECTIVO

LEVALO AO MÉDICO DENTRO DO HORARIO LECTIVO

1º Don/dona.....

2º Don /dona.....

3º Don/dona.....

4º Don/dona.....

5º Don/dona.....

Trives, .....de.....de 2019.

Asdo.:

