



XUNTA DE GALICIA

CONSELLERÍA DE EDUCACIÓN, UNIVERSIDADE E FORMACIÓN PROFESIONAL
CENTRO RESIDENCIAL DOCENTE DA CORUÑA

Salvador Allende, 13
15174 CULLEREDO (A Coruña)
TLF. 981 66 78 36 - FAX 981 66 46 42

DESPRAZAMENTO MENORES COVID-19

D/Dña _____ on DNI _____

Pai/nai/_____ do alumno/a _____

Que reside no Centro Residencial Docente da Coruña durante o curso 20__/_/___

Na habitación nº _____

A U T O R I Z A E A C O M P A Ñ A

o desprazamento do/da menor ao seu domicilio por indicación sanitaria,
asumindo a total responsabilidade do que poida acontecer no devandito
desprazamento.

COMPROMETENDOSE a informar de calquera modificación ou
acontecemento da viaxe.

Deberá aportar informe médico que xustifique libre de infección para
incorporarse ao Centro

.

Culleredo, a _____ de _____ de 20__

Asdo: (nome de quen asina e rúbrica)