



AUTORIZACIÓN ASISTENCIA A ACTIVIDADE DE VARIOS DÍAS DE DURACIÓN

ALUMNO/A

NOME E APELIDOS		DNI	
-----------------	--	-----	--

PAI / NAI / REPRESENTANTE LEGAL

NOME E APELIDOS		DNI	
DIRECCIÓN		LOCALIDADE	
TELÉFONOS DE CONTACTO			

ACTIVIDADE

ACTIVIDADE		DÍAS	
ACOMPAÑANTES		TELÉFONO DE CONTACTO	

O/A pai/nai/representante legal do/a alumno/a arriba indicado CONCEDE autorización ao alumno/a para que asista durante os días indicados á actividade especificada organizada polo INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA PEDRO FLORIANI de Redondela.

Asímesmo, dase por enterado/a de que o/a alumno/a irá acompañado por o número indicado de acompañante/s e do número de teléfono que terán como contacto durante o período previsto da actividade.

IMPORTANTE

Debe informarse por escrito no caso de que o alumno/a padeza algunha enfermidade ou se dea algunha circunstancia que aconselle un coidado especial (medicación, alimentación, etc.). Se o alumno/a debe medicarse levará medicamento co que se trate nas cantidades mínimas necesarias para cumprimentar o tratamento durante os días da viaxe.

En _____, a ____ de _____ de 202__

Asinado pai/nai/representante legal: _____