Generalitat de Catalunya
Departament d'Ensenyament
Escola Les Fonts
Gelida

En/na ....…….

amb D.N.I ……..., com a pare/mare, tutor/a, de l'alumne/a

.....

autoritzo a aquestes persones a recollir al meu fill/a al llarg del curs 20.... /20... :

NOM, COGNOM i PARENTIU (tiet, àvia, veí, amiga)	DNI

Signatura Pare/mare, tutor/a

CEIP Les Fonts c/ Enric Prat de la Riba, 9. 08790 Gelida
Tel. 937793955 Fax 397793954 mail a8062754@xtec.cat