

AUTORIZACIÓN ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

D/D^a.....con

D.N.I.:.....

D/D^a.....con D.N.I.:.....

padre, madre o tutor/a legal

Del curso:

- ☐ Autorizan a su hijo para que realice las actividades complementarias previstas en la Programación General Anual del curso 2020-21, en compañía de su tutor y/o maestros del Centro y conociendo que estas actividades han sido debidamente aprobadas por el Consejo Escolar del Centro.
- ☐ No autorizan a su hijo/a a tomar parte de dicha actividad.

Padre/Madre/ Tutor legal

Fdo.



**Comunidad
de Madrid**

VICEPRESIDENCIA, CONSEJERÍA
DE EDUCACIÓN Y UNIVERSIDADES



CEIP PASAMONTE
CÓDIGO: 28028416

Teléfono: 914305366 Fax: 914376535

Correo electrónico: cp.pasamonte.madrid@educa.madrid



**Comunidad
de Madrid**

VICEPRESIDENCIA, CONSEJERÍA
DE EDUCACIÓN Y UNIVERSIDADES



CEIP PASAMONTE
CÓDIGO: 28028416