XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE EDUCACIÓN, CIENCIA, UNIVERSIDADES E FORMACIÓN PROFESIONAL
CENTRO RESIDENCIAL DOCENTE
Estrada Vella de Madrid, 192
36318 VIGO
☎ 986262500
credo.vigo@edu.xunta.gal
http://credovigo.es
galicia

SÓ MENORES DE IDADE

Don/Dona _____ con enderezo en _____

_____, teléfono fixo _____, teléfono móbil _____

NIF n.º _____ en calidade de (1) _____do alumno/a _____

residente no Centro Residencial Docente de Vigo,

AUTORIZO aos responsables para que lle poidan permitir ausentarse do Centro no horario establecido:

(escriba **SI** ou **NON** diante de cada proposta)

Días lectivos _____

Días festivos _____

Observacións (2) _____

_____, a _____ de _____ de _____

Asinado: _____

IMPORTANTE: Calquera variación desta autorización que se produza ao longo do curso, deberá facerse por escrito e debidamente asinado polos pais/nais ou titores.

(1) Poña aquí, pai, nai, titor …

(2) Escriba aquí se o coida preciso, algunha observación

SÓ MENORES DE IDADE

Don/Dona _____ con enderezo en _____

_____, teléfono fixo _____, teléfono móbil _____

NIF n.º _____ en calidade de (1) _____do alumno/a _____

residente no Centro Residencial Docente de Vigo,

AUTORIZO aos responsables que lle poidan permitir a ausencia do Centro con motivo de saídas en viaxes formativas programadas polo propio CRD

Observacións (2) _____

_____

_____, a _____ de _____ de _____

Asinado: _____

IMPORTANTE: Calquera variación desta autorización que se produza ao longo do curso, deberá facerse por escrito e debidamente asinado polos pais/nais ou titores.

(1) Poña aquí, pai, nai, titor …

(2) Escriba aquí, se o coida preciso, algunha observación coma, por exemplo: “sempre que non pernocte fora”, sempre que a viaxe non dure máis de ___ días”, etc.