



AUTORIZACIÓN DE SALIDA DEL CENTRO EN HORARIO LECTIVO

EL/LA ALUMNO/A DEL GRUPO Y EN EL DÍA DE LA FECHA, SE AUSENTA DEL INSTITUTO PARA:

DESPLAZARSE A SU DOMICILIO POR

ACUDIR AL CENTRO DE SALUD PARA CONSULTA MÉDICA

PARA

HORA DE SALIDA:

HORA DE REGRESO:

TUTOR/A

ME COMPROMETO A REGRESAR AL INSTITUTO UNA VEZ QUE HAYA CONCLUIDO LA CAUSA DE LA AUSENCIA.

ZAMORA, A DE DE

FIRMA DEL ALUMNO

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A

Fdo.:

Fdo.: