



CEIP DE PRÀCTIQUES

C/. Valldemossa, 15
07010 PALMA
Tel./fax: 971 75 67 04

E-mail: ceipdepractiques@educaib.eu
www.cpractiques.cat



AUTORITZACIÓ DE RECOLLIDA DE L'ALUMNAT DEL CENTRE

Jo, _____,

mare/pare/tutor de _____, alumne/a del
CEIP de Pràctiques,

AUTORITZO a la recollida del meu fill/a del centre, durant el curs 20__-__,

a les següents persones:

Nom de la persona	DNI

Data:

Signat mare/tutora

Signat pare/tutor