



EDUCACIÓ

**ESCOLETA DE PASQUA
DIES 2, 7,8,9,10 i 13 D'ABRIL
HORARI DE 9:00 A 13:30h**

DADES DE L'ALUMNAT

Nom alumne/a: _____ Curs: ____ Lletra: ____

Centre on vol assistir per realitzar l'escoleta: _____

DADES PARE, MARE O TUTOR/A:

Jo _____ amb DNI _____

Direcció: _____ Telèfon: _____

Mail: _____

Autoritze a les persones indicades a continuació, a recollir al meu fill/a a les hores d'eixida del centre:

Nom i cognoms	Parentiu	TELÈFON	DNI/NIE

En casos excepcionals, que una altra persona que no està en la llista anterior, tinga que arregar-lo/la, preguem avisen als responsables en antelació o no podrà abandonar el recinte escolar.

Si autoritza a eixir a soles marque la casella següent

AL·LÈRGIES, INTOLERÀNCIES ALIMENTARIES O MALALTIES CRÒNIQUES?

SIGNATURA PARE, MARE O TUTOR/A: