



CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

**Comunidad de Madrid**

**C. P. CRISTO DE LA SALUD Código: 28025312**

Pº del Prado nº 28 - Tfno: 918954140 FAX 918083103 - 28343- Valdemoro (Madrid)

<http://www.educa.madrid.org/web/cp.cristodelasalud.valdemoro>

E-Mail: cp.cristodelasalud.valdemoro@educa.madrid.org

## **AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA DE ALUMNOS**

D/Dña .....

Con DNI/NIF..... y padre/madre del alumno  
..... de la clase .....

AUTORIZO a las personas que a continuación se relacionan, **mayores de edad**, para que recojan a mi hijo/a durante el horario escolar o a la salida del mismo, incluyendo el horario de comedor.

NOMBRE

DNI

PARENTESCO

.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

En caso de imposibilidad de la recogida del alumno por un mayor de edad, y habiendo sido informado/a por el Centro de las consecuencias que esto pudiera ocasionar, asumo toda la responsabilidad de que mi hijo/a sea recogido por un menor de edad.

NOMBRE

DNI

PARENTESCO

.....	.....	.....
.....	.....	.....

También asumo todo tipo de responsabilidad en caso de que mi hijo menor realice solo el trayecto del colegio a casa.

Nombre del menor que sale solo

Curso

.....

Esta autorización se entregará en Secretaría en horario de atención al público y servirá para todos los años de estancia en el Colegio.

Si se quisiera modificar o añadir alguna persona autorizada, deberá expresar tal circunstancia por escrito en Secretaría.

**FIRMADO**