

AUTORIZACIÓN

Hemos tomado conocimiento respecto a la actividad formativa, Semana Compartida, a realizarse el *1- 5 – 6 y 7 de Diciembre 2017*

YO _____ padre, madre o tutor(a)
de _____ lo autorizo a participar de la actividad

Nombre Apoderado(a): _____

Nombre Alumno(a): _____

Curso: _____

Celular alumno (a) _____

Domicilio : _____

Celular Padre _____ Celular Madre _____

OBSERVACION

FIRMA APODERADO(A)

Fecha: _____