**IES *Gallicum***

C/ Camino de San Juan s/n – 50800 Zuera

Tfno: 976 680341 / 976680453

www.gallicum.es

D./dña \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como padre/madre del alumno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ doy mi conformidad, para realizar la actividad complementaria que seguidamente se detalla, **ASUMIENDO** la responsabilidad que pudiera derivarse de la conducta de mi hijo/a.

ACTIVIDAD EXTRAESCOLAR:

* Departamento Organizador:
* Lugar de la visita:
* Fecha:
* Horario:
* Precio:
* Observaciones:

 En Zuera, a de ……… de 201

 (Firma del padre/madre)

|  |
| --- |
|  ✁Recortar y conservar la mitad superior a la vista de la familia |

Entregar la mitad inferior en el instituto antes del

Tras haber recibido la información necesaria, el abajo firmante, AUTORIZA a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bajo su responsabilidad tutelar, a realizar la actividad extraescolar anteriormente descrita.

Firmado por\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con D.N.I. nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsable legal de la persona que se nombra más arriba.

En , a de de .