



ESPAZOLUDI – SERVIZO DE CONCILIACIÓN

HORARIO DO SERVIZO: DE 15:30H A 18:30 H

EDIFICIO DE SERVIZOS MULTIPLES

DATOS DO MENOR

Nome _____

Apelidos _____

D.N.I. _____

Idade _____ **Data de nacemento** _____

Curso no que se atopa _____

Dirección _____

Teléfonos de contacto: _____ / _____

(Poñer dous a ser posible)

AUTORIZACIÓN E RECOLLIDA

D^a/D. _____, **con DNI num.**
_____ **nai/pai/titor legal do/a menor**
arriba mencionada/o autorizo ás seguintes ás seguintes persoas
á recollida da/o menor anteriormente referido:

NOME E APELIDOS

DNI

Oza-Cesuras, _____ de _____ de 2020

Asdo.: