



ESPAZOLUDI - SERVIZO DE CONCILIACIÓN
HORARIO DO SERVIZO: DE 15:30 A 18:30 HORAS
EDIFICIO DE SERVIZOS MÚLTIPLES

DATOS DO MENOR

Nome _____

Apelidos: _____

DNI/Data de nacemento: _____

Idade: _____ Data de nacemento: _____

Curso no que se atopa: _____

Enderezo: _____

Teléfonos de contacto: _____

(Poder dous a ser posible)

AUTORIZACIÓN DE RECOLLIDA

Eu, D^a/D. _____, con DNI
núm. _____, como nai/ pai / titor legal do/a menor arriba
mencionado/a autorizo ás seguintes persoas á recollida do/a menor
anteriormente referido.

NOME e APELIDOS

DNI

Oza-Cesuras, _____ de _____ de 2023

Asdo.: