

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: _____
(Poñer dous a ser posible)

AUTORIZACIÓN DE RECOLLIDA

D^a/D. _____, con DNI núm. _____,
e D^a/D. _____, con
DNI núm. _____ como nai/ pai / titor legal do/a menor
_____, 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 2026

Sinaturas,