



Av. Rafael de Casanova, 33
Tel. 93 885 13 29 Mob. 606 640 097
escolasalarich.net

Vic, ___ de _____ 20__

En/Na _____, amb DNI _____
pare, mare o tutor de l'alumne/a _____ de ____ curs.

AUTORITZA al/la seu/va fill/a _____ de _____ anys
a recollir el seu germà petit de l'Escola Dr. Joaquim Salarich de Vic, acceptant així tota
la responsabilitat davant de qualsevol esdeveniment que pugui succeir fora de l'horari
escolar.

.Signatura del pare, mare o tutor.



Av. Rafael de Casanova, 33
Tel. 93 885 13 29 Mob. 606 640 097
escolasalarich.net

Vic, ___ de _____ 20__

En/Na _____, amb DNI _____
pare, mare o tutor de l'alumne/a _____ de ____ curs.

AUTORITZA al/la seu/va fill/a _____ de _____ anys
a recollir el seu germà petit de l'Escola Dr. Joaquim Salarich de Vic, acceptant així tota
la responsabilitat davant de qualsevol esdeveniment que pugui succeir fora de l'horari
escolar.

Signatura del pare, mare o tutor.