

Don,
Padre/Tutor de:,
Teléfono de contacto:

**AUTORIZO A MI HIJO/A A ASISTIR A TRAVÉS DEL AMPA DEL CEIP
MARQUÉS DE SUANZES AL GABINETE DE APOYO PSICOLÓGICO
INDIVIDUAL.**

Fecha

Firmado

Doña,
Madre/Tutora de:,
Teléfono de contacto:

**AUTORIZO A MI HIJO/A A ASISTIR A TRAVÉS DEL AMPA DEL CEIP
MARQUÉS DE SUANZES AL GABINETE DE APOYO PSICOLÓGICO
INDIVIDUAL.**

Fecha

Firmado

(Todos los datos y firmas son obligatorios)