



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 2024

Sinaturas,