

AUTORIZACIÓN DE SALIDA – CAMPUS DE FÚTBOL CIUDAD DE LEGANÉS

DATOS DEL RESPONSABLE LEGAL

Nombre y apellidos del padre, madre o tutor:

Correo electrónico:

Teléfono de contacto:

DATOS DEL ALUMNO/A

Nombre y apellidos:

AUTORIZACIÓN

■ AUTORIZO a mi hijo/a a marcharse solo/a a casa tras la finalización de las actividades correspondientes a cada día del Campus de Fútbol Ciudad de Leganés.

■ NO AUTORIZO a mi hijo/a a marcharse solo/a a casa tras la finalización de las actividades correspondientes a cada día del Campus de Fútbol Ciudad de Leganés y me comprometo a recogerlo/a en el lugar fijado para cada día con la mayor puntualidad posible.

DECLARACIÓN Y FIRMA

Declaro que soy el padre, madre o tutor legal del menor y que la información facilitada es veraz.

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del padre, madre o tutor:
