



SOL.LICITUD RECOLLIDA EXCEPCIONAL D'ALUMNES

COL·LEGI:	FUNDACIÓ PRIVADA DIVINA PROVIDÈNCIA		
ADREÇA:	C/ CONVENT, 10		
CODI POSTAL:	12500	LOCALITAT:	VINARÒS

DADES DEL PARE/MARE/TUTOR:	
----------------------------	--

COGNOMS:			
NOM:		DNI:	
ADREÇA:	TLF:		

Vinaròs, a ____ de _____ de 20__

A l'atenció de Sr/Sra _____ (Director/a tutor/a del Col·legi)

AUTORITZO:

De forma excepcional, a Sr/Sra _____, major d'edat i amb DNI _____, perquè el dia ____ de ____ de 20__ , es face càrrec del meu fill/a tutelat/da _____ de ____ anys d'edat, que està cursant ____ curs d'educació _____

- A les _____ hores del matí/vesprada
- En acabar la sessió lectiva del matí
- En acabar la sessió lectiva de la vesprada
- En acabar la jornada escolar
- En acabar l'activitat extraescolar

Marque el que procedisca.

Firma pare/tutor:	Firma mare/tutora:
-------------------	--------------------