



AUTORITZACIÓ DE RECOLLIDA D'INFANTS

CURS ACADÈMIC 20__/20__

DOMICILIO FAMILIAR: _____

POBLACIÓ: _____ CODI POSTAL: _____

TELÈFON CASA: _____ TELÈFON MÒBIL MARE: _____

TELÈFON PARE : _____

Jo, _____ amb DNI o passaport _____
autoritzo que les següents persones puguin recollir el meu fill/a _____
_____ en acabar la jornada escolar, fent-me
responsable d'aquesta decisió.

Firma del pare/mare

LLISTAT DE RESPONSABLES

LLINATGES I NOM _____

DNI O PASSAPORT _____ TELÈFON _____

RELACIÓ DEL RESPONSABLE AMB LA FAMÍLIA _____

LLINATGES I NOM _____

DNI O PASSAPORT _____ TELÈFON _____

RELACIÓ DEL RESPONSABLE AMB LA FAMÍLIA _____

LLINATGES I NOM _____

DNI O PASSAPORT _____ TELÈFON _____

RELACIÓ DEL RESPONSABLE AMB LA FAMÍLIA _____

LLINATGES I NOM _____

DNI O PASSAPORT _____ TELÈFON _____

RELACIÓ DEL RESPONSABLE AMB LA FAMÍLIA _____

ADJUNTAR FOTOCÒPIA DEL DNI O PASSAPORT DE LES PERSONES AUTORITZADES