



Gobierno de Canarias

Consejería de Educación,
Universidades y Sostenibilidad



AUTORIZACIÓN ALUMNOS/AS MENORES DE EDAD

Estas autorizaciones tendrán que firmarlas los padre/madres/tutores legales de todos los alumnos/as residentes menores de edad.

Firme lo que proceda.

Don/Dña. _____ con DNI: _____, en
beneficio de mi hijo/a (nombre y apellido del alumno)

AUTORIZO bajo mi responsabilidad a mi hijo/a a participar en las actividades extraescolares, excursiones y visitas programadas por la Residencia.

Nombre y Apellidos:

DNI:

Firma:

AUTORIZO bajo mi responsabilidad a mi hijo/a a participar en las actividades extraescolares, excursiones y visitas programadas por su centro de estudio.

Nombre y Apellidos:

DNI:

Firma:

AUTORIZO bajo mi responsabilidad al Director/a de la Residencia a tomar las decisiones oportunas de carácter médico-quirúrgicas urgentes.

Nombre y Apellidos:

DNI:

Firma: