



AUTORIZACIONES PARA RETIROS ANTICIPADOS
CICLO LECTIVO 2027

Solicitamos a los Sres. padres/tutores, se nos comunique apellido y nombre completo, parentesco o vínculo, DNI y teléfono móvil de las **personas que puedan retirar a su hijo/a de la institución ante una eventualidad**, como por ejemplo, por enfermedad, turno al médico, etc. El estudiante **solo podrá** ser retirado del colegio por **quienes ustedes indiquen** portando sus documentos de identidad, sólo en situaciones particulares anteriormente mencionadas.

APELLIDO Y NOMBRE	VÍNCULO	D.N.I	TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

CURSO:

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR :

ACLARACIÓN :