



**PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR AL ESTUDIANTE CICLO  
LECTIVO \_\_\_\_\_ NIVEL MEDIO**

*Señores Padres:*

Las personas que Uds. Autorizan a retirar a su hijo/a de la escuela, en el caso que no puedas hacerlo Uds. Mismos, deben ser de su confianza y mayores de edad. Les recordamos que no se aceptan autorizaciones telefónicas. Muchas gracias.

**ALUMNO/A** .....  
**GRADO**..... **TURNO** .....

Autorizo a que mi hijo/a sea retirado de la escuela por:

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Firma del adulto responsable del menor \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_