



AUTORIZACIÓN PARA RETIROS
AÑO

Por medio de la siguiente autorizo a mi hijo/a
 DNI N.º a ser trasladado en caso de accidente y/o extrema urgencia por
 personal de la Institución al Hospital Municipal y a ser retirado del Establecimiento Educativo por las
 siguientes personas:

La EESA N°1 solicita información de quienes están autorizados a retirar a su hijo/a. NO se retirarán de la
 Institución con personas no autorizadas.

NOMBRE COMPLETO	DNI	TELEFONO	VINCULO	FIRMA

Firma:
Aclaración:
DNI N.º