

AUTORITZACIÓ PER T.E.A. "Taller d'estudi assistit"

El Sr./Sra

pare/mare del alumne/a Curs:.....

Autoritzo al meu fill/a a assistir a les sessions d' estudi que es realitzen en horari extraescolar els dies de la setmana, **Dilluns i Dimecres o Dimarts i Dijous de 16h30 a 18h** .

Així mateix, es compromet a assistir i participar a les diferents trobades, entrevistes i convocatòries que es realitzin per a fer el seguiment del seu fill/a en l'esmentada activitat.

SI NO

Autoritza a marxar sol/a al seu fill/a ? SI NO

DNI o Passaport

Telèfon:

Signatura:

L'Hospitalet de LI. A