

AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA



Yo _____ con DNI _____,

como padre/madre/tutor del niño/a _____,

Autorizo a que lo recojan en la finalización diaria del Campamento Urban West,
desde el ____ / ____ al ____ / ____ a las siguientes personas:

D. / Dña. _____ con DNI _____,

D. / Dña. _____ con DNI _____,

D. / Dña. _____ con DNI _____,

D. / Dña. _____ con DNI _____,

D. / Dña. _____ con DNI _____,

Fecha:

Fdo:

Nota: Imprimir y entregar cubierta.



**ASOCIACION
WEST
GALICIA**

ASOCIACIÓN DE ENFERMEDADES
RARAS Y EPILEPSIA DE GALICIA

JUNTOS SEREMOS MÁS FUERTES

info@westgalicia.es

  westgalicia

www.westgalicia.es