

**AUTORIZACION  
FAMILIAR**

**ACTIVIDADES  
EXTRAESCOLARES  
CURSO ESCOLAR 2024-25**



COLEGIO AL QUE PERTENECE EL ALUMNO \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

SOCIO DEL ANPA: SI  O NO .

D/DOÑA: \_\_\_\_\_ con

DNI \_\_\_\_\_ TELEFONO(1) \_\_\_\_\_ TELEFONO(2) \_\_\_\_\_

CORREO \_\_\_\_\_

del colegio \_\_\_\_\_ CERTIFICO:

**TALLER DE COCINA CREATIVA**

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD, ALERGIA O TRASTORNO ALIMENTICIO? \_\_\_\_\_.

DESARROLLE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.