**AUTORIZACIÓN PARA QUE UN ALUMNO/A**

**REGRESE SOLO A SU DOMICILIO**

**DATOS DEL COLEGIO:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COLEGIO: | LA VISITACIÓN DE NUESTRA SEÑORA “SALDAÑA” | | | | |
| DIRECCIÓN: | | C/ HOSPITAL DE LOS CIEGOS, 26 | | | |
| CODIGO POSTAL | | | 09003 | LOCALIDAD | **BURGOS** |
|  |  |  |  |  |  |

**DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| APELLIDOS: | | |  | | |
| NOMBRE: |  | | | DNI: |  |
| DIRECCIÓN: | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |

En Burgos a \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

A/A Don Bruno Castillo Esteban *Director de Centro:*

**A U T O R I Z O**

a mi hijo/a/tutelado/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_ años de edad, que está cursando \_\_\_\_ curso de Educación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para que regrese solo al domicilio familiar sito en C/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, al término de la de la jornada escolar*,* por considerar que tiene suficiente madurez y autonomía para ello.

A tal efecto, asumo de forma exclusiva la responsabilidad que pudiera derivarse de los daños materiales o personales que ocasionara a terceros o que sufriera, una vez que abandone el recinto escolar, eximiendo de cualquier culpa o responsabilidad al centro educativo.

Por todo lo expuesto, SOLICITO al Centro que permita la salida del citado alumno en el momento previamente indicado.

**El documento debe estar firmado por el padre y la madre del alumno o tutores legales)**

Firma Padre/Tutor:

 D./ Dª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma Madre/Tutor:

D./ Dª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_