

AUTORITZACIÓ D'ACOMPANYAMENT EN LA VACUNACIÓ

En/Na _____ amb
DNI/NIE _____ i número de telèfon _____,
com a pare/ mare/ tutor/a legal de l'alumne _____
_____ que cursa _____ curs de
Primària en el CEIP Mariano Benlliure d'Aldaia:

AUTORITZE/DONE EL MEU CONSENTIMENT A:

En/Na _____ amb
DNI/NIE _____. número de telèfon _____, i domicili a
_____ de _____
de la província de _____, a acompanyar al meu fill/a durant el
moment de la vacunació el dia que li correspon vacunar-se al centre escolar.

Adjuntem la fotocòpia dels documents acreditatius d'ambdós (DNI)

Persona que autoritza
(signatura)

Persona autoritzada
(signatura)

_____, a _____ de febrer de 2022

AUTORIZACIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO EN LA VACUNACIÓN

D./Da _____ con
DNI/NIE _____ y número de teléfono _____,
como padre/ madre/ tutor/a legal del alumno _____
_____ que cursa _____ curso de Primaria
en el CEIP Mariano Benlliure de Aldaia.

AUTORIZO/ DOY MI CONSENTIMIENTO A:

D./Da _____ con
DNI/NIE _____. número de teléfono _____, y domicilio en
_____ de _____ de
la provincia de _____, a acompañar a mi hijo/a durante el
momento de la vacunación el día que le corresponde vacunarse en el centro
escolar.

Adjuntamos la fotocopia de los documentos acreditativos de ambos (DNI)

Persona que autoriza
(firma)

Persona autorizada
(firma)

_____, a _____ de febrero de 2022