



**ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS EN HORARIO LECTIVO**  
**AUTORIZACIÓN FAMILIAR**

D. \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_,  
Padre/Madre o Tutor del alumno/a \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ curso de Educación \_\_\_\_\_ del CEI P Gonzalo de Berceo.  
Infantil/Primaria

|                            |           |           |
|----------------------------|-----------|-----------|
|                            | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| <b>DOY MI AUTORIZACIÓN</b> |           |           |

para que mi hijo/a participe en las actividades complementarias (salidas, visitas a biblioteca, etc.) que los alumnos de su curso, acompañados por al menos un profesor; realice dentro del horario lectivo.

Zamora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.0\_\_

Firma Padre/Madre/Tutor

Fdo.: \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Madre/Tutor

SR. DIRECTOR DEL CEIP GONZALO DE BERCEO