

AUTORIZACIÓN RECOGIDA BOLETÍN CALIFICACIONES

D/D ^a									
N.I.F.		Padre		Madre		Tutor/a		Alumno/a	
del Alumno/a						Curso			

, autorizo a mi hijo/a a recoger el boletín de calificaciones.

Las Palmas de Gran Canaria a de de

Firma del solicitante
