



**Junta de  
Castilla y León**

Consejería de Educación



C.E.I.P. P. TIERNO GALVÁN

### AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Don / Doña \_\_\_\_\_

Padre/Madre del menor \_\_\_\_\_

Con DNI \_\_\_\_\_

Consiente en que su/s hijo/s sea/n recogido/s por:

Nombre y apellidos-----DNI-----

Nombre y Apellidos-----DNI-----

Fdo:  
Padre/ Madre/Tutor/a

Valladolid, a                    de                    de 201