



COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
C.E.I.P. "CIUDAD DE ROMA"

AUTORIZACIÓN VISITA

D./Dñapadre/madre/tutor/a del
alumno/a.....de.....curso
de E. Infantil.

DOY MI AUTORIZACIÓN

Para que realice la visita educativa prevista para el día.....con salida a las.....h. y
regreso a las.....horas, a.....

Conociendo que dicha actividad ha sido debidamente aprobada por el consejo Escolar del Centro, me
comprometo a abonar la cuota de.....euros, en concepto de /TRANSPORTE.

En Madrid a,.....de.....de 200...

Firma del padre, madre o tutor/a

.....
Resguardo para los padres/tutores del alumno/a

Actividad: COMPLEMENTARIA/CURRICULAR

Lugar : MUSEO-GRANJA-TEATRO-CONCIERTO-FAUNIA-RETIRO-PLANETARIO-INDUSTRIA

Fecha:.....

Hora de salida.....

Hora de regreso.....

Observaciones: ORGANIZADAS POR EL CENTRO/AYUNTAMIENTO/COMUNIDAD.

C/ Juan Esplandiú, 2 ☎ 28007 - MADRID ☎ Teléfono 91 574-38-97 ☎ Fax 91-504-16-95

Página Web <http://www.educa.madrid.org/cp.ciudadderoma.madrid> E-mail cp.ciudadderoma.madrid@educa.madrid.org



COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
C.E.I.P. "CIUDAD DE ROMA"

C/ Juan Esplandiú, 2 ☞ 28007 - MADRID ☞ Teléfono 91 574-38-97 ☞ Fax 91-504-16-95

Página Web <http://www.educa.madrid.org/cp.ciudadderoma.madrid> E-mail cp.ciudadderoma.madrid@educa.madrid.org