



Alumno: _____

Autorización fotos:

(Si/No)

Firma: _____

Autorización pediatra:

(Si/No)

Firma: _____

Autorización medicinas:

(Según indicación de los padres)

(Si/No)

Firma: _____

Autorización domiciliación bancaria:

(Si/No)

Titular: _____

Cta: _____

Firma: _____