



A-422

INSTITUTO SAN JOSÉ A-422 Av. San Martín 6832 CABA. Tel: 4501-1125

AUTORIZACIÓN PARA EL RETIRO DE ALUMNOS 2025

Por medio de la presente, _____,
(Nombre del padre/madre)

como adulto responsable del alumno/a _____, dejo constancia que **de no poder concurrir a retirar a mi hijo/a del establecimiento educativo**, AUTORIZO a las siguientes personas a hacerlo en mi nombre:

Nombre y apellido	DNI	Vínculo/parentesco
-------------------	-----	--------------------

Nombre y apellido	DNI	Vínculo/parentesco
-------------------	-----	--------------------

Nombre y apellido	DNI	Vínculo/parentesco
-------------------	-----	--------------------

Nombre y apellido	DNI	Vínculo/parentesco
-------------------	-----	--------------------

Nombre y apellido	DNI	Vínculo/parentesco
-------------------	-----	--------------------

Nombre y apellido	DNI	Vínculo/parentesco
-------------------	-----	--------------------

Nombre y apellido	DNI	Vínculo/parentesco
-------------------	-----	--------------------

Nombre y apellido	DNI	Vínculo/parentesco
-------------------	-----	--------------------

(Agregar si es necesario en el reverso de la hoja, la mayor cantidad de opciones posibles)

_____ Firma	_____ Nombre y apellido padre/madre	_____ DNI
----------------	--	--------------