



**AUTORIZACIÓN PARA PONER EL NOMBRE DEL ALUMNO
EN LUGAR VISIBLE DEL AULA**

D./ Dña. _____,

con D.N.I. _____, como madre/padre del alumno:

_____, autorizo a que su

nombre aparezca en un lugar visible de su aula indicando las alergias y/o enfermedades

que padece, con el fin de poder ayudarle de la manera más rápida posible si fuera necesario.

SÍ NO

Toledo, a _____ de _____ de 20____.