



**AUTORIZACIÓN PARA VISIBILIZAR EN EL AULA
NOMBRE DEL ALUMNO**

D./ Dña. _____

con D.N.I. _____ como madre/padre/tutor del alumno/a

_____, autorizo 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____.

Firma