



Instituto "Inmaculada Concepción"  
Mario Bravo 563- 1175- Buenos Aires  
Tel- Fax: 4862-1635

Yo,.....con DNI.....padre/madre, tutor o encargado de  
..... de.....año modalidad....., autorizo fehacientemente a las personas que se  
detallan a continuación con registro de Firma, Aclaración y DNI a retirar a mi hijo/a de la Institución en caso de que sea necesario

**Autorizado No1**

Apellido: .....

Nombres:.....

Firma: .....

Aclaración:.....

DNI: .....

**Autorizado No2**

Apellido: .....

Nombres:.....

Firma: .....

Aclaración:.....

DNI: .....

**Autorizado No3**

Apellido: .....

Nombres:.....

Firma: .....

Aclaración:.....

DNI: .....

**Autorizado No4**

Apellido: .....

Nombres:.....

Firma: .....

Aclaración:.....

DNI: .....

.....

Firma del padre/madre/tutor o encargado