



COMUNIDAD DE MADRID  
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN  
**CEIP ESPERANZA**

C/Andorra, 12. Madrid. 28043.  
Tfno. y Fax: 91 300 30 12



## AUTORIZACIÓN DE SALIDA SIN ACOMPAÑANTE AL FINALIZAR EL HORARIO ESCOLAR

Yo, Don / Doña \_\_\_\_\_

padre / madre del alumno/a \_\_\_\_\_

del curso \_\_\_\_\_

**AUTORIZO a mi hijo/a a salir solo/a del colegio al finalizar las clases durante el curso escolar 20..... – 20..... y asumo total responsabilidad de su salida sin acompañante.**

Firmado: Don /Doña \_\_\_\_\_

En Madrid a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_