

AUTORIZACIÓN DE RETIRO PLAN NYN - CSMMF

Buenos Aires, ___ de _____ de 20__

A la Coordinación del Departamento de Niñas y Niños Conservatorio Superior de Música Manuel de Falla S/D

Yo, _____, DNI: _____,
autorizo a mi hijo/a _____ DNI: _____,
a retirarse del establecimiento según la siguiente opción:

IMPORTANTE: Marque con una cruz (☒) SÓLO UNA de las siguientes opciones:

OPCIÓN 1: SE RETIRA ACOMPAÑADO/A

(En caso de elegir esta opción, completar los datos de las personas autorizadas a retirarlo/a)

Autorizo a las siguientes personas a retirar a mi hijo/a al finalizar sus clases:

- **Padre:** _____ DNI: _____
- **Madre:** _____ DNI: _____
- **Otro/a:** _____ DNI: _____
- **Otro/a:** _____ DNI: _____

OPCIÓN 2: SE RETIRA SOLO/A

(Marque con una cruz si corresponde)

Atentamente,

Firma: _____ **Aclaración:** _____

AUTORIZACIÓN PARA RETIRO EN CASOS EXCEPCIONALES

(En caso de suspensión imprevista de actividades, razones sanitarias, seguridad del establecimiento o malestar físico, mi hijo/a deberá retirarse de la siguiente manera:)

IMPORTANTE: Marque con una cruz (☒) SÓLO UNA de las siguientes opciones:

Exclusivamente acompañado/a por las personas mencionadas en la opción 1
(siempre deberá ser retirado/a por ellas).

Autorizo a mi hijo/a a retirarse solo/a.

Atentamente,

Firma: _____ **Aclaración:** _____