

C/ La Dehesa s/n Tfno.: 918557965 Fax: 918598879 CP 28450 COLLADO MEDIANO (MADRID)
Email: ies.gonzaloanes.colladomediano@educa.madrid.org

ACTIVIDADES LECTIVAS FUERA DEL CENTRO

D/D^a

con DNI/NIE: como padre/madre/tutor/a del alumno/a:

..... del curso:

☐ **AUTORIZO** que mi hijo/a **PARTICIPE** en la siguiente **ACTIVIDAD LECTIVA** que se desarrollará fuera del centro:

ACTIVIDAD: Visita a la clínica dental Rey Juan Carlos – 1ºCAE

Tendrá lugar: Alcorcón - MADRID

FECHA: 16 DE MARZO DE 2026

HORARIO: DE 10:00 A 14:10 HORAS.

El coste de la actividad es: Gratuito

El coste del transporte: Por sus medios.

Último día de entrega de autorizaciones para asistir a la actividad: 16/03/26

Departamento que organiza la ACTIVIDAD: Dpto SANIDAD

☐ Mi hijo/a **NO PODRÁ PARTICIPAR** en la **ACTIVIDAD LECTIVA** que se desarrollará fuera del centro el día 16/03/26 programada por el Departamento de Sanidad, ese día no asistirá al centro por los siguientes motivos justificados:

.....

Collado Mediano a,..... de marzo de 2026

Fdo. : PADRE / MADRE / TUTOR/A