



Personas autorizadas para retirar al alumno/a

A través del presente, autorizo a mi hijo/a
..... a ser retirado/a por las siguientes personas:

Nombre y apellido:

DNI: Celular:

Parentesco:

Nombre y apellido:

DNI: Celular:

Parentesco:

Nombre y apellido:

DNI: Celular:

Parentesco:

Firma del **Responsable del alumno/a**:

Aclaración:

DNI:

Fecha: / /

Quesada 2136/38/40 (1429) | Núñez, C.A.B.A. | Tel.: (54 9 11) 6059 4581 | infoinicial@institutohansen.com.ar
Crisólogo Larralde 2767/75 (1429) | Núñez, C.A.B.A. | Tel.: (54 9 11) 6059 4628 | infoinicial@institutohansen.com.ar
Crisólogo Larralde 2767/75 (1429) | Núñez, C.A.B.A. | Tel.: (54 9 11) 5503 1324 | infoprimaria@institutohansen.com.ar