

| | | | | | |
|------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| D/D ^a | | | | | |
| N.I.F. | | Padre <input type="checkbox"/> | Madre <input type="checkbox"/> | Tutor(a) <input type="checkbox"/> | Alumno(a) <input type="checkbox"/> |
| del Alumno | | | | Curso | |

, autorizo a mi hijo(a) a recoger el boletín de calificaciones.

San Cristóbal de La laguna, a de de

Firma del solicitante.