

COLEGIO COMFACESAR – RODOLFO CAMPO SOTO

“Seres Humanos Competentes para un Mundo Mejor”

AUTORIZACION DE TRASLADO

Fecha: _____

Nombre del estudiante _____ Grado: _____

Para mayor control de nuestros estudiantes a la hora de la salida, les solicitamos nos confirme la siguiente información del traslado a casa de su hijo (a):

TRANSPORTE ESCOLAR:	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	AUTOMOVIL:	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>
MOTOCICLETA:	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	BICICLETA:	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>
A PIE Y ACOMPAÑADO:	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	A PIE Y SOLO:	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>

Si su hijo (a) se va a pie y solo, le solicitamos nos autorice por escrito esta decisión.

Yo, _____ identificado con la cédula de ciudadanía _____, y acudiente del alumno _____, del grado _____, autorizo a la institución para que le permita desplazarse a su residencia a pie y solo, teniendo en cuenta que el horario de salida del colegio es opuesto a mi jornada laboral.

Firma del acudiente
