

AUTORIZACIÓN RETIRO DE ESTUDIANTES MENORES DE EDAD

La Plata, de de 202...

En mi carácter de familiar responsable, AUTORIZO SI / NO *(tachar lo que no corresponda)* a
(completar con nombre y apellido de el/la /lx estudiante)

..... DNI N°

....., estudiante del ciclo INICIACIÓN / PRODUCCIÓN *(tachar lo que no corresponda)* de Teatro para Adolescentes, a retirarse de la Escuela de Teatro de La Plata por sus propios medios al finalizar las cursadas durante el ciclo lectivo 2026, como así también en caso de ausencia docente o alguna contingencia institucional.

Vínculo

.....

Firma.....

Aclaración.....

DNI N°

En caso de NO autorizar el retiro consignar los datos de lxs adultxs responsables de su retiro:

1. Nombre y Apellido DNI

.....

Vínculo Celular

.....

2. Nombre y Apellido

DNI

.....

Vínculo

Celular

.....