



## **AUTORIZACIÓN RETIRO DE ESTUDIANTES MENORES DE EDAD**

						La Plata,	de .		de 20	02
	En mi cara	ácter de	familiar resp	onsable,	AUTORIZO	SI / NO	(tachar lo	o que no	correspond	da) a
	(completar	con	nombre	у	apellido	de	el/la	/lx	estudi	iante)
									DNI	N°
				,	estudiante (	del ciclo IN	IICIACIÓN	/ PRODU	ICCIÓN (to	achar
	lo que no co	orresponda	) de Teatro pa	ra Adole	scentes, a re	etirarse de	la Escuela	ı de Teatı	ro de La I	Plata
	por sus pro	opios me	dios <u>al finaliza</u>	<u>r</u> las curs	adas durante	e el ciclo le	ctivo 2024	, como a	sí tambié	n en
	caso de aus	sencia do	cente o alguna	a conting	encia instituc	ional.				
						Vír	nculo			
			Firma							
		Aclaració	n							
			DNI N°							
En	caso de NO a	autorizar (	el retiro consig	nar los da	tos de lxs adu	ltxs respon	sables de s	u retiro:		
1.	Nombre	y Apellio	do						•••	DNI
Vín	culo								Ce	elular

SEDE: Av. 51 N°419 e/3 y 4. - TE.: (0221) 4825910 - ANEXO: Calle 49 № 350 e/2 y Diag. 77 - TE.: (0221) 423-4516B1900 La Plata - Buenos Aires - Argentina









2.	Nombre	У	Apellido	 DNI
Vín	culo			 Celular



