**AUTORIZACION TARDES DE CINE**

NOMBRE ALUMNO:………………………………………………………………………………….

CURSO: ………………………………………

FECHA: …………………………………………

NOMBRE APODERADO: ………………………………………………………………………….

AUTORIZO A QUE MI HIJO/ PARTICIPE EN LAS TARDES DE CINE

………………………………………………………….

Firma de apoderado