



COLEGIO VIRGEN AL PIE DE LA CRUZ
CENTRO CONCERTADO: 46016063
secretaria@cvpcruz.com



D./D^a. _____ padre/ madre/ Tutor
Autorizo al Personal del Colegio Virgen al Pie de la Cruz a, en caso de accidente o enfermedad, actúe según indique el personal sanitario que atienda al niño/a, e incluso su traslado al Centro Sanitario u Hospitalario más cercano en caso de que fuera necesario.

Puçol, a de 20__

Fdo: