



COLEGIO CONCERTADO VISITACIÓN DE NUESTRA SEÑORA "SALDAÑA"  
C/ Hospital de los Ciegos, 26 Burgos 09003; Tf: 947 206630  
Fax: 947 263185; E-mail: [info@saldanet.com](mailto:info@saldanet.com)  
[www.saldanet.com](http://www.saldanet.com)

## AUTORIZACIÓN PARA QUE UN ALUMNO/A REGRESE SOLO A SU DOMICILIO

### DATOS DEL COLEGIO:

COLEGIO:	LA VISITACIÓN DE NUESTRA SEÑORA "SALDAÑA"		
DIRECCIÓN:	C/ HOSPITAL DE LOS CIEGOS, 26		
CODIGO POSTAL	09003	LOCALIDAD	<b>BURGOS</b>

### DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

APELLIDOS:			
NOMBRE:		DNI:	
DIRECCIÓN:			

En Burgos a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

A/A Don Bruno Castillo Esteban *Director de Centro:*

### AUTORIZO

a mi hijo/a/tutelado/a \_\_\_\_\_, de \_\_\_ años de edad, que está cursando \_\_\_ curso de Educación \_\_\_\_\_, para que regrese solo al domicilio familiar sito en C/ \_\_\_\_\_, al término de la de la jornada escolar, por considerar que tiene suficiente madurez y autonomía para ello.

A tal efecto, asumo de forma exclusiva la responsabilidad que pudiera derivarse de los daños materiales o personales que ocasionara a terceros o que sufriera, una vez que abandone el recinto escolar, eximiendo de cualquier culpa o responsabilidad al centro educativo.

Por todo lo expuesto, SOLICITO al Centro que permita la salida del citado alumno en el momento previamente indicado.

**El documento debe estar firmado por el padre y la madre del alumno o tutores legales)**

Firma Padre/Tutor:

D./ D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Firma Madre/Tutor:

D./ D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_