

AUTORIZACIÓN ERASMUS+ ALUMNADO

Nombre y apellidos	
Curso	
Especialidad	

D./Dña. _____ con
DNI _____,

DECLARO: que autorizo a mi hijo/a, _____,
menor de edad con DNI _____, a participar en la movilidad del
proyecto Erasmus+ y a la cesión de imágenes relativas al proyecto.

FECHA

FIRMA