

La Lucila ,.... de de 20.....

Señores
Asociación Escuelas Lincoln
S / D

Nombre y apellido :

Nombre y apellido:

Nosotros, representantes legales del alumno/a..... de año de la escuela Asociación Escuelas Lincoln (AEL), informamos que estaremos fuera del país por el período de tiempo que se comprende entre:

el díadel mesdel año.....
hasta el díadel mesdel año.....

Por medio del presente documento , nombramos a:

Nombre y apellido del adulto RESPONSABLE autorizado:.....

DNI N°

domiciliado en

correo electrónico

teléfono de línea.....

teléfono celular

Quien asume con su firma al pie como adulto responsable de nuestro hijo/a y podrá realizar todos los actos, gestiones, trámites y/o diligencias que fueren conducentes para el mejor cuidado y atención de nuestro/a hijo/a , así como tomar decisiones relativas a la salud y educación del menor.

Asimismo queda facultado para representarnos ante la AEL, con potestad para suscribir toda documentación que sea requerida por la institución .

Los adultos nombrados firman dando conformidad al pie de la presente.

Firma del padre/madre

Nombre y apellido

DNI.....

Firma del padre/madre

Nombre y apellido.....

DNI

Firma del adulto autorizado por los padres

Nombre y apellido

DNI

Translation, PLEASE sign the Spanish version of this form

Dear

Asociación escuelas Lincoln

S / D

First and last name : XXXXXXXXXXXXXXXX

First and last name: XXXXXXXXXXXXXXXX

We, the legal representatives of the studentXXXXXXXXXXXX. of XXXXXXXXX year of the school Asociación Escuelas Lincoln (AEL), hereby inform you that we will be out of the country for the period of time comprised between:

the day XXXXXXXX.of the monthXXXXXXof the yearXXXXXXXX

until the day .XXXXXXXof the monthXXXXXXof the yearXXXXXXXXXX

By means of this document, we hereby name:

Name and surname of the authorized RESPONSIBLE adultXXXXXXXXXXXXX

DNI N°XXXXXXXXXXXXX

domiciled atXXXXXXXXXXXXX

email XXXXXXXXXXXXXXXX

phone numberXXXXXXXXXXXXX

cell phoneXXXXXXXXXXXXX

Who assumes with his signature at the bottom as the adult responsible for our child and may perform all acts, procedures, formalities and / or proceedings that were conducive to the best care and attention of our child, as well as make decisions relating to the health and education of the child.

He/she is also empowered to represent us before the AEL, with the power to sign any documentation required by the institution.

The adults named above sign their agreement at the bottom of this document.

Parent's signatureXXXXXXXXXX

First and last name .XXXXXXXXXXXXX

ID XXXXXXXXXXXXXXXX

Signature of parent XXXXXXXXX

First and Last NameXXXXXXXXXXXXX

ID XXXXXXXXXXXXXXXX

Parent's authorized adult signature XXXXXXXXXXXXXXXX

First and last name XXXXXXXXXXXXXXXX

ID XXXXXXXXXXXXXXXX