



## A LOS PADRES DE LOS ALUMNOS DE INFANTIL

Estimados padres de nuestros alumnos de Infantil, el próximo miércoles 14 de noviembre de 2018, profesionales de la Consellería de Sanidad, vendrán al colegio para realizar la revisión bucodental anual de nuestros alumnos/as.

De esta manera os pedimos por favor que rellenéis la autorización pertinente para poder realizarla. Muchas gracias por vuestra colaboración.

*Jefatura de Estudios de Infantil y Primaria*



---

### **AUTORIZACIÓN - PARA LAS TUTORAS**

Autorizo al ALUMNO/A:..... CURSO:.....  
como PADRES/MADRE//TUTOR/A:.....

con D.N.I.:.....a que le hagan la revisión bucodental por parte  
de la Consellería de Sanidad.

*(Obligatorio las dos firmas)*

*Firmado en ....., el .... de ..... de 2018 (madre)*

*Firmado en ....., el .... de ..... de 2018 (padre)*