



CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y CIENCIA  
C.E.I.P. ALONSO DE ALCALÁ

D. \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_

Como padre/ madre del alumno/a \_\_\_\_\_

matriculado en el Colegio ALONSO DE ALCALÁ de Alcalá la Real,

**Autorizo** a mi hijo para llevar a clase un teléfono móvil para uso

estrictamente médico y **me responsabilizo** del uso que se haga del mismo.

Alcalá la Real a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/tutor

Firmado: \_\_\_\_\_