

En/na \_\_\_\_\_

mare/ pare de l'Escola Volerany,

SÍ  autoritzo

NO  autoritzo

a que el meu fill/a \_\_\_\_\_

de la classe \_\_\_\_\_ rebi hores de suport escolar  
personalitzat durant el curs 2017-2018 els dimarts i dijous  
en horari de 8:15 a 9:00 hores.

Data

Vilanova i la Geltrú

Signatura

---