

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 2019-2020 els dimarts i dijous
en horari de 8.15 a 9.00 hores.

Vilanova i la Geltrú

Data

Signatura
