**CLUB DE CIENCIAS**

DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE

Nombre Completo y Apellido:

Edad:

Fecha de Nacimiento:

DNI:

Nº de Contacto:

**CLUB DE CIENCIAS**

DATOS PERSONALES DEL PADRE/MADRE O TUTOR

Nombre completo y Apellido del Padre/Madre o Tutor:

Fecha de Nacimiento:

DNI:

Nº de Contacto:

E-mail:

**CLUB DE CIENCIAS**

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/MADRE O TUTOR DEL ESTUDIANTE

Autorizo a mi hijo/a ..........................................................................................

DNI.........................................a participar de "Club de Ciencias”, actividad extraescolar que se llevará a cabo en el CENTRO DE INNOVACIÓN- CIIDEPT- (Av. José Ingenieros 260, San Miguel de Tucumán) a partir del día sábado 7 de abril en el horario de 10:00 a 12:00hs.

También a la difusión de imágenes de los alumnos, a los efectos ilustrativos pedagógicos de las actividades realizadas en este taller.

Esta autorización tendrá validez hasta la finalización del curso.

Quedo debidamente notificado que la participación de mi Hija/o en esta actividad se realiza bajo mi responsabilidad.

Firma Padre/Madre o Tutor