



Escuela  
Montessori  
de Valparaíso

## AUTORIZACIÓN del APODERADO

Yo, ..... RUN N° .....

Apoderado de ..... RUN N° .....

Tomo conocimiento de la actividad informada por la **Escuela Montessori de Valparaíso** a realizarse el día ..... y autorizo a mi hija(o) a participar en ella.

.....

Firma

**Escuela Montessori de Valparaíso**

RUT 76.096.802-1

Av Hospital Dr Guillermo Münnich 733, Valparaíso

+56 9 88289308

contacto@montessorivalparaiso.org