



**Junta de
Castilla y León**

Delegación Territorial de Ávila
Dirección Provincial de Educación
I.E.S. Alonso de Madrigal

SOLICITUD AUTORIZACIÓN USO TRANSPORTE ESCOLAR CURSO _____ / _____

DATOS PERSONALES DEL PADRE / MADRE / TUTOR:

| Apellidos | Nombre |
|-----------|--------|
| | |

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:

| Apellidos | | Nombre |
|---------------|-----------------------|--------|
| | | |
| Teléfono | Dirección | |
| | | |
| Código Postal | Localidad y Provincia | |
| | | |

LOCALIDAD DE LA PARADA SOLICITADA: _____

CENTRO EN EL QUE SE ENCUENTRA MATRICULADO/A EN EL CURSO _____ / _____

ESTUDIOS QUE REALIZA: _____

CURSO: _____

En Ávila, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____

NEGOCIADO DE ALUMNOS Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE EDUCACIÓN DE ÁVILA.