



AYUNTAMIENTO DE SABIÑÁNIGO

D./DÑA. _____,
Con DNI _____, Tfno _____ y domiciliado en
Sabiñánigo en C/ Pl/Av. _____

EXPONE:

Que _____

Por lo que,

SOLICITA:

Dar de baja a su hijo/a _____

en la Escuela Infantil Municipal "Cardelina" a partir de la fecha abajo
señalada.

Sabiñánigo a _____

Fdo.: _____

SR. ALCALDE-PRESIDENTE AYUNTAMIENTO DE SABIÑÁNIGO



AYUNTAMIENTO DE SABIÑÁNIGO