|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS** | | | | |
| Nombre del estudiante: | | | Curso: | |
| Nombre del acudiente: | | | **Celular:** | |
| Nº D.I. del acudiente: | | | Teléfono: | |
| Fecha de solicitud de permiso: **DD/MM/AAAA** | | | Fecha inicio: **DD/MM/AAAA**  Fecha final: **DD/MM/AAAA** | |
| **Señale el motivo por el cual solicita el permiso especial**  **(Marque con una X)** | | | | |
| **CITA MÉDICA:** | **CALAMIDAD**  **DÓMESTICA:** | **VIAJE:** | **ENTREVISTA**  **UNIVERSIDAD:** | **OTRO:** |
| **Por favor describa detalladamente su solicitud** | | | | |
|  | | | | |
| Firma del padre de familia y/o Acudiente: | | | | |
| Firma del tutor(a) | | | | |
| Firma Coordinación de Convivencia: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS** | | | | |
| Nombre del estudiante: | | | Curso: | |
| Nombre del acudiente: | | | **Celular:** | |
| Nº C.C del acudiente: | | | Teléfono: | |
| Fecha de solicitud de permiso: **DD/MM/AAAA** | | | Fecha inicio: **DD/MM/AAAA**  Fecha final: **DD/MM/AAAA** | |
| **Señale el motivo por el cual solicita el permiso especial**  **(Marque con una X)** | | | | |
| **CITA MÉDICA:** | **CALAMIDAD**  **DÓMESTICA:** | **VIAJE:** | **ENTREVISTA**  **UNIVERSIDAD:** | **OTRO:** |
| **Por favor describa detalladamente su solicitud** | | | | |
|  | | | | |
| Firma del padre de familia y/o Acudiente: | | | | |
| Firma del tutor(a) | | | | |
| Firma Coordinación de Convivencia: | | | | |