|  |
| --- |
| **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:  |