

**CICLO ESCOLAR 2009-2010**

**SOLICITUD PARA JUSTIFICACIÓN DE FALTAS**

**FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD:**

**FECHA DEL COMPROBANTE MÉDICO:**

**NOMBRE DEL ALUMNO:**

**GRUPO:**

**DÍA (S) QUE SOLICITA JUSTIFICAR:**

**TIPO Y DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD:**

**ES OBLIGATORIO ANEXAR EL CERTIFICADO MÉDICO**

**MANIFIESTO CONOCER QUE EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 15 DEL REGLAMENTO GENERAL DE LA ESCUELA, LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN ESTÁ FACULTADA PARA DECIDIR SI ACEPTA O NO ESTE JUSTIFICANTE.**

**Firma**

\_\_\_\_\_

**PARA USO DE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN**

**NOMBRE:**

**FIRMA:**

**DE QUIEN RECIBE EL JUSTIFICANTE**