

# SOLICITUD DE REVISIÓN

## DAT SUR DE LA CALIFICACIÓN

### FINAL OBTENIDA · CURSO \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CUMPLIMENTAR EN MAYÚSCULAS

DATOS ALUMNO O ALUMNA		
NOMBRE:	1 <sup>er</sup> APELLIDO:	2 <sup>do</sup> APELLIDO:
DOMICILIO:		
Nº:	PORTAL:	PISO:
LOCALIDAD:		C.P.:
DNI/PASAPORTE:		TFNO. MOVIL:
EMAIL:		

## EXPONE

Que solicitada la revisión en el Centro de la calificación final obtenida por el alumno matriculado en el curso y grupo \_\_\_\_\_, en la materia \_\_\_\_\_, impartida por el profesor \_\_\_\_\_ y recibida la respuesta razonada de ratificación de dicha calificación (especifique cuál) \_\_\_\_\_, todavía persiste su desacuerdo con la calificación obtenida, por:

---



---



---

## SOLICITA

Que la Dirección del Colegio Hélicon tramite ante la Dirección del Área Territorial de Madrid Capital esta solicitud, para lo que acompaña, llegado el caso, la siguiente documentación (especifique cuál)

---



---

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Firma del solicitante o de su madre/padre/tutor legal