

SOLICITUD DE DÍA SUELTO DE HORARIO AMPLIADO

CURSO ____ / ____

CUMPLIMENTAR EN MAYÚSCULAS

DATOS	
D/D ^a :	DNI/PASAPORTE:
PADRE/MADRE DEL ALUMNO/A:	CURSO:

ALERGIA ALIMENTARIA: _____

SOLICITA

El servicio de horario ampliado para los días:

_____ de 20 ____

con franja horaria de:

- HORARIO AMPLIADO MAÑANA
 - Desde 7:00
 - Desde 7:30
 - Desde 8:00
- HORARIO AMPLIADO TARDE
 - Hasta las 18:00

Se ruega avisar con al menos 48 horas. En el caso de ser necesarios más de 5 días, deberá ponerse en contacto con la Secretaría del Colegio.

Valdemoro, a ____ de ____ de 20 ____

Fdo. _____

Firma madre/padre/tutor legal