**JUSTIFICACIÓN DE INASISTENCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL PADRE / MADRE / APODERADO | DNI |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL ALUMNO | GRADO, SECCIÓN Y NIVEL |
|  |  |

|  |
| --- |
| DIAS DE INASISTENCIA |
|  |

|  |
| --- |
| MOTIVO DE LA INASISTENCIA: Salud Viaje Tramites Personales  |
| Especifique Motivo: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Se Adjunta Sustento: | Si : |  | No : |  |
| Fecha de la Presentación:  |  |  |  |
| Día | Mes | Año |

|  |
| --- |
| Firma del Padre/Madre/Apoderado |
|  |

***Artículo 17. Las inasistencias y tardanzas deberán ser justificadas dentro de las 48 horas, en caso contrario se consideran como injustificadas. Son causales de justificación: estado de salud, viajes justificados, trámites personales.***

**\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**PARA SER LLENADO POR EL COLEGIO**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL ALUMNO | GRADO, SECCION Y NIVEL |
|  |  |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES** |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| **V° B° FIRMA Y SELLO** |

|  |  |
| --- | --- |
| JUSTIFICADO |  |
| NO JUSTIFICADO |  |

Jr. José Gálvez 323 Cdra. 3 Santiago de Surco. Telf. 477 8760 / 652 4480. Web:www.santiagoapostol.edu.pe