**SOLICITUD DE PERMISO**

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

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

|  |
| --- |
| MOTIVO DEL PERMISO |
|  |
|  |
|  |
| FECHA / HORA / LUGAR |
|  |
| PERSONA QUE RETIRARÁ AL ESTUDIANTE |
|  |

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

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

***Artículo 17°: Los permisos serán solicitados a la Dirección mediante la ficha oficial existente en la página web del colegio, preferentemente con 48 horas de anticipación, para su previa evaluación.***

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

**PARA SER LLENADO POR EL SOLICITANTE**

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

|  |  |
| --- | --- |
| MOTIVO   |  Salud Familiar  Viaje |
| OTROS  |  |
| FECHA  |  |  HORA |  |
| RECOGIDO POR |  Papá Mamá Apoderado |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DE LA PERSONA QUE RETIRA |  |
| FIRMA |  |

**V° B°**

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