

**HOJA DE JUSTIFICANTE PARA EL COLEGIO**

 D. / Dª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

como padre / madre del ALUMNO / A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ curso JUSTIFICO:

* La(s) FALTA (S) de mi hijo / a los días : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escriba el motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* El RETRASO en la entrada al Centro de mi hijo / a por:

 \_\_\_\_\_\_ consulta médica / análisis (se adjunta justificante del médico)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (escribe el suyo)

* Salida del Centro dentro del horario escolar por:

\_\_\_\_\_\_ consulta médica (se adjunta justificante del médico)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (escribe el suyo)

En Medina del Campo, a de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 201\_\_\_

 Fdo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 He leído y acepto la política de privacidad

En cumplimiento de la L.O. 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos de que sus datos serán incorporados a un fichero automatizado del que es responsable EDUCAFUTURO LOPE DE VEGA, SL, con domicilio en C/ Nueva del Cuartel, 12 – 47400 MEDINA DEL CAMPO (VALLADOLID)

Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en la forma y de acuerdo con los procedimientos establecidos en la citada Ley Orgánica, dirigiéndose por escrito a la dirección arriba indicada.