

	INSTITUCIÓN EDUCATIVA EFE GÓMEZ VEGACHÍ	JUSTIFICACIÓN INASISTENCIA A CLASES	Código:
			Versión: 01
			Vigente desde: marzo de 2024
			Página: 1 de 1

Fecha: DIA/MES/AÑO

Grupo

Nombre del estudiante: _____

Indique con una X, el motivo de la Inasistencia:

Familiar	Salud	Deportivo	Cita Médica	Otro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fechas de la inasistencia:

Explique el motivo por el cual solicita el permiso: *El permiso solo se concederá si su causa es más importante que asistir a la Institución:*

Este formato debe ser entregado máximo dos días calendario después de la inasistencia a Coordinación de la sede a la cual pertenece el estudiante. Adjuntar anexos que respalden la causa de inasistencia, cuando esta es mayor a dos días. Los permisos y citas médicas deben gestionarse con anterioridad. Especificar la hora de la cita médica.

Es compromiso del estudiante ponerse al día y entregar las actividades académicas realizadas durante su ausencia.

Vo Bo Coordinación: _____

Fecha: DIA/MES/AÑO

Grupo

Nombre del estudiante: _____

Indique con una X, el motivo de la Inasistencia:

Familiar	Salud	Deportivo	Cita Médica	Otro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fechas de la inasistencia:

Explique el motivo por el cual solicita el permiso: *El permiso solo se concederá si su causa es más importante que asistir a la Institución:*

Desde: día / mes / año
Hasta: día / mes / año

Este formato debe ser entregado máximo dos días calendario después de la inasistencia a Coordinación de la sede a la cual pertenece el estudiante. Adjuntar anexos que respalden la causa de inasistencia, cuando esta es mayor a dos días. Los permisos y citas médicas deben gestionarse con anterioridad. Especificar la hora de la cita médica.

Es compromiso del estudiante ponerse al día y entregar las actividades académicas realizadas durante su ausencia.

Vo Bo Coordinación: _____

Nombre del padre de familia o acudiente:

Firma: _____ CC: _____

Telefono: _____ Dirección: _____

