COLEGIO Nº 9 D.E. 12 - REGIÓN VI -

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de de 202

Autorizo a mi hijo/a:
con DNI: de año, div del turno a concurrir, en horarios a contraturno, al Proyecto de Red FAAP, con el fin de acreditar las asignaturas pendientes de aprobación.

Asignatura 1: (a completar por el alumno)

Día / horario:

Profesor:

Asignatura 2: (a completar por el alumno)

Día / horario:

Profesor:

Asignatura 3: (a completar por el alumno)

Día / horario:

Profesor:

Firma del adulto responsable

Aclaración:

Dni: