PARTE DE NO ASISTENCIA O RETRASO A CLASE

NOMBRE DE ALUMNO/A:		CURSO:
MOTIVO:		
FECHA:		_
Firma	del padre/ma	dre o tutor/a:
C.P.E.I.P SAN MIGUEL - ORKOIEN Tfno: 948321019 cporkoie@educacion.navarra.es)	Gobierno Departamento de Educación Hezkuntza eta kultura y Cultura Departamentua
PARTE DE NO ASISTENCIA O RETRASO A CLASE		
NOMBRE DE ALUMNO/A:		CURSO:
MOTIVO:		
FECHA:		_
Firma	del padre/ma	dre o tutor/a:
C.P. SAN MIGUEL –ORKOIEN Tfno: 948321019 cporkoie@educacion.navarra.es)	Gobierno Departamento de Educación Hezkuntza eta kultura y Cultura Departamentua
PARTE DE NO ASISTENCIA O RETRASO A CLASE		
NOMBRE DE ALUMNO/A:		CURSO:
MOTIVO:		
FECHA:		_

Firma del padre/madre o tutor/a: