

Institut d'Educació Secundària
Avda Corts Valencianes, 31 46530 Puçol
Tel 961205985 - Fax 961205986
www.iespuçol.es - 46020315@edu.gva.es



En/Na _____, pare / mare / tutor/a
legal de l'alumne/a _____ del
grup _____ justifica la NO assistència del seu fill/a el dia ____ de
_____ de 2.0_____.

Motiu:

_____.

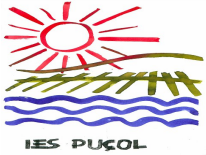
Aporta justificant mèdic

SI

NO

Puçol, a ____ de _____ de 2.0_____.

El pare / la mare / el tutor legal



Institut d'Educació Secundària
Avda Corts Valencianes, 31 46530 Puçol
Tel 961205985 - Fax 961205986
www.iespuçol.es - 46020315@edu.gva.es



D./D^a. _____, padre / madre / tutor/a
legal del alumno/a _____ del
grupo _____ justifica la NO asistencia de su hijo/a el día ____ de
_____ de 2.0 ____.

Motivo:

_____.

Aporta justificante médico

SI NO

Puçol, a ____ de _____ de 2.0 ____.

El padre / la madre / el tutor legal