

# SOLICITUD DE ACOMPAÑAMIENTO ALUMNOS/AS

NOMBRE:

FECHA NACIMIENTO:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO CONTACTO:

CURSO:

ASIGNATURAS PENDIENTES DE OTROS CURSOS:

ASIGNATURAS PENDIENTES PRIMERA EVALUACIÓN:

NECESIDADES EDUCATIVAS O DE REFUERZO:

CENTRO DONDE REALIZA LOS ESTUDIOS:

SITUACIÓN FAMILIAR:

OBSERVACIONES:

Por la presente, yo \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_ como madre, padre o tutor/a de \_\_\_\_\_ autorizo a mi hijo/a a que asista a las clases de apoyo y refuerzo que se ofertan en los locales de la C.G.T. de la Avda. del Cid , 154 de Valencia.

FDO: \_\_\_\_\_, Valencia \_\_\_\_\_ de 2016

Un proyecto solidario de:



CONFEDERACIÓN  
GENERAL DEL  
TRABAJO