



JUSTIFICANT D'ABSÈNCIES DE L'ALUMNAT

NOM DE L'ALUMNE		GRUP
NOM DEL PARE/MARE/TUTOR	DNI	TEÈFON

Comunique la NO assistència a classe els dies:

Dia/mes			
Hores			
Motiu	<input type="checkbox"/> Visita mèdica	<input type="checkbox"/> Visita mèdica	<input type="checkbox"/> Visita mèdica
	<input type="checkbox"/> Malaltia	<input type="checkbox"/> Malaltia	<input type="checkbox"/> Malaltia
	<input type="checkbox"/> Assumptes familiars	<input type="checkbox"/> Assumptes familiars	<input type="checkbox"/> Assumptes familiars
	<input type="checkbox"/> Altres: _____ _____	<input type="checkbox"/> Altres: _____ _____	<input type="checkbox"/> Altres: _____ _____

DOCUMENTACIÓ ADJUNTA
<input type="checkbox"/> Justificant mèdic. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Altres: _____ <input type="checkbox"/> _____

Data i signatura del pare/mare/tutor/a

València, _____ de _____ de 201__