



SOLICITUD PARA LA ELECCIÓN DE PERIODO DE ADAPTACIÓN

D./Dña. _____

padre/madre o tutor/a legal del alumno/a SOLICITA:

QUE MI HIJO/A _____

TENGA

NO TENGA

PERIODO DE ADAPTACIÓN LOS PRIMEROS DÍAS DE ASISTENCIA A CLASE DURANTE
EL MES DE SEPTIEMBRE

En _____, a ____ de _____ 20__

Firma del padre/madre o tutor/a legal