

**SOLICITUD DE ASISTENCIA EDUCATIVA**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

En caso de **emergencia** llamar a:

Nombre:	
Teléfono:	Celular:
Nombre:	
Teléfono:	Celular:

Autorizo al plantel a realizar el EXAMEN ANTIDOPING a mi hijo(a)/tutorado(a) si las autoridades del plantel lo consideran necesario.

Nombre y Firma del padre de familia:

\_\_\_\_\_

Autorizo al plantel a realizar la revisión de la MOCHILA y pertenencias de mi hijo(a)/tutorado(a) si las autoridades del plantel lo consideran necesario, como una forma de prevención.

Firma del padre de familia \_\_\_\_\_