



COLEGIO SAN PEDRO CLAVER
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL
HACIA UN SER HUMANO EN FORMACIÓN PERMANENTE



FORMATO DE JUSTIFICACIÓN POR INASISTENCIA

FECHA: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ N° DE IDENTIFICACIÓN _____ CURSO: _____

NOMBRE DE ACUDIENTE: _____ N° DE IDENTIFICACIÓN _____ CEL: _____

A continuación, describa la situación que presentó el estudiante que le impidió asistir a clase. Anexe soportes si los tiene (excusa médica, incapacidad, certificado de defunción, otros). Indique fecha, hora y clases a las que no asistió.

En la parte de compromiso favor indicar que se pondrán al día en la entrega de trabajos o tareas que le asignaron en esa ausencia presentada y su apoyo como acudiente en ese compromiso.

El presente formato se solicita y se completa con la información solicitada y se le anexan los soportes que correspondan y puedan tener. Y devolverlo a coordinación de convivencia con un plazo NO mayor a tres días hábiles luego de reintegrarse a las labores académicas.

Justificación: _____

Compromiso: _____

_____	_____
Firma acudiente	Firma autorización de coordinación
Nombre:	
CC:	
Celular:	



COLEGIO SAN PEDRO CLAVER
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL
HACIA UN SER HUMANO EN FORMACIÓN PERMANENTE



FORMATO DE JUSTIFICACIÓN POR INASISTENCIA

FECHA: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ N° DE IDENTIFICACIÓN _____ CURSO: _____

NOMBRE DE ACUDIENTE: _____ N° DE IDENTIFICACIÓN _____ CEL: _____

A continuación, describa la situación que presentó el estudiante que le impidió asistir a clase. Anexe soportes si los tiene (excusa médica, incapacidad, certificado de defunción, otros). Indique fecha, hora y clases a las que no asistió.

En la parte de compromiso favor indicar que se pondrán al día en la entrega de trabajos o tareas que le asignaron en esa ausencia presentada y su apoyo como acudiente en ese compromiso.

El presente formato se solicita y se completa con la información solicitada y se le anexan los soportes que correspondan y puedan tener. Y devolverlo a coordinación de convivencia con un plazo NO mayor a tres días hábiles luego de reintegrarse a las labores académicas.

Justificación: _____

Compromiso: _____

_____	_____
Firma acudiente	Firma autorización de coordinación
Nombre:	
CC:	
Celular:	