



JUSTIFICACION DE FALTAS

1ª ACTIVIDAD PENSIONISTAS CON JUSTIFICANTE MEDICO

DATOS PERSONALES ALUMNO

Nombre: _____

Apellidos: _____

Nº D.N.I. / N.I.E. / Pasaporte: _____

Domicilio Calle, núm., planta _____

Municipio _____

Código Postal _____

Provincia _____

Pais _____

Teléfono 1 _____

Teléfono 2 _____

E-mail _____

DATOS DEPORTIVOS

Actividad en que está matriculado: _____

Dias: _____

Hora: _____

Fechas de faltas a justificar: _____

NOTA IMPORTANTE: No serán válidas las justificaciones de faltas que no acompañen justificante médico.

Fecha: _____

Firma: _____

Vº Bº EL TÉCNICO DEPORTIVO

SR/SRA. PRESIDENTE/A DEL O.A.L. PATRONATO MUNICIPAL DE DEPORTES