



REGIÓN DE MURCIA
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
FORMACIÓN PROFESIONAL

INSTITUTO DE EDUCACIÓN
SECUNDARIA
MANUEL TÁRRAGA ESCRIBANO

C/SANCHO PANZA S/N
30740 San Pedro del Pinatar (Murcia)
Tlfs: 968182411-968182342
e-mail 30008480@murciaeduca.es



SOLICITUD PATERNA DE SALIDA DEL CENTRO EN HORARIO LECTIVO

Yo, D./D.^a _____, con DNI _____,
padre, madre o tutor legal del alumno _____,
del curso _____, solicito llevarme a mi hijo del centro escolar en horario lectivo, bajo mi absoluta
responsabilidad, el día ____ del mes de _____ de 20 ____ a las _____ horas, por el siguiente
motivo:

☐☐

Enfermedad

☐

Visita médica

☐

Trámites administrativos

Otros: _____

Visto bueno de Jefatura de Estudios

En San Pedro del Pinatar, a ____ de _____ de 20 ____

Firmado: _____

***Será absolutamente imprescindible que el firmante presente su DNI en Jefatura de Estudios junto con esta solicitud.**



REGIÓN DE MURCIA
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
FORMACIÓN PROFESIONAL

INSTITUTO DE EDUCACIÓN
SECUNDARIA
MANUEL TÁRRAGA ESCRIBANO

C/SANCHO PANZA S/N
30740 San Pedro del Pinatar (Murcia)
Tlfs: 968182411-968182342
e-mail 30008480@murciaeduca.es



SOLICITUD PATERNA DE SALIDA DEL CENTRO EN HORARIO LECTIVO

Yo, D./D.^a _____, con DNI _____,
padre, madre o tutor legal del alumno _____,
del curso _____, solicito llevarme a mi hijo del centro escolar en horario lectivo, bajo mi absoluta
responsabilidad, el día ____ del mes de _____ de 20 ____ a las _____ horas, por el siguiente
motivo:

☐☐

Enfermedad

☐

Visita médica

☐

Trámites administrativos

Otros: _____

Visto bueno de Jefatura de Estudios

En San Pedro del Pinatar, a ____ de _____ de 20 ____

Firmado: _____

***Será absolutamente imprescindible que el firmante presente su DNI en Jefatura de Estudios junto con esta solicitud.**