



Consellería de Educación e Ordenación Universitaria
Colexio "QUIÑONES DE LEÓN"

Travesía de Vigo, 36-38
36206 VIGO

Tfno 986278089-986377771 Fax 986267259
cpr.quinones.leon@edu.xunta.es
<http://www.quinonesdeleon.es>

SERVIZO AULA MATINAL



D. / D^a. _____,
pai/nai/titor/a do alumno/a do alumno/a _____, do
curso _____.

SOLICITA o uso do SERVIZO DA AULA MATINAL:

- Para todos os días lectivos do curso a partir da data de comezo.
- Para os seguintes días lectivos dos meses:

OUT	
NOV	
DEC	
XAN	
FEB	
MAR	
ABR	
MAI	
XUÑ	

En Vigo, a _____ de _____ de 20____

Asdo.: _____

OBSERVACIÓNS:

- Esta instancia entregarase na Secretaría do centro con antelación suficiente para a inclusión do seu fillo/a no SERVIZO DA AULA MATINAL.
- Si non houberse resposta a esta solicitude por parte do Centro, significará que esta foi admitida.
- Deberán comunicar, coa antelación suficiente, calquera variación que se produza na solicitude presentada.