



COMPLEJO EDUCATIVO "SAN FRANCISCO"

**ACTA DE REFUERZO Y
RECUPERACIÓN ACADÉMICA
ORDINARIA**

ACA No: 7

PERIODO No: _____

FECHA		
DÍA	MES	AÑO
1°	Abril	2016

**AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA LA REALIZACIÓN DE REFUERZO
ACADÉMICO Y RECUPERACIÓN POR PERIODO**

Yo _____ con DUI N°: _____

Padre/Madre o encargado del estudiante: _____

del Primer Año, Sección: _____.

AUTORIZO a mi hijo/hija para que participe en las actividades de **Refuerzo Académico y Recuperación Ordinaria por Periodo en la asignatura de Ciencias Naturales**, que el Comité de Evaluación programa para este periodo, basado en las Normativas Generales: N° 13 y 16 del Manual de Evaluación al Servicio del Aprendizaje. Esperando que mi hijo/a cumpla satisfactoriamente con los resultados esperados en los lineamientos del MINED.

F. _____
Estudiante

F. _____
Padre/Madre de familia o encargado

F. _____
Coordinador de Sección

F. _____
Prof. José Miguel Molina Morales
docente de la asignatura

F. _____
Director CESF