

CLASES DE RELIGIÓN

Indíquenos el nombre completo de su hijo(a)

Nombre _____

Los alumnos (as) de este establecimiento recibirán 2 horas de clases semanales de religión.

Por favor indique si quiere que su hijo(a) reciba clases de religión

SI _____ NO _____

En caso de responder NO, favor hacernos llegar una carta dirigida al rector del colegio, solicitando la eximición de la asignatura con los fundamentos para esta solicitud.

Nombre del Padre o Apoderado _____

Firma _____

Fecha _____

IMPORTANTE: Los alumnos eximidos, permanecen en la sala durante la clase de religión, realizando otra actividad educativa.