

CONFIRMACIÓ DE BAIXA ACADÈMICA DEL CENTRE

En/Na _____ ,
amb núm. d'identificació _____ , com a pare / mare/tutor legal de
l'alumne/a _____ ,
amb d'identificació núm. _____
Tel. de contacte _____ Correu electrònic _____

Confirma que el/la seu/va fill/a, causa baixa en els estudis de:

ESO

BTX

CFGM

CFPM AE10 - Guia en el Medi Natural i de Temps de Lleure

CFPM SC10 - Atenció a persones en situació de dependència

I que causa baixa dels estudis de manera

Voluntària

Per trasllat de centre. Nom nou centre

Vist i plau
La directora

Signatura pare / mare/tutor legal

Centelles, Osona, _____ de/d' _____ de 202