



Expte. nº _____

SOLICITUD DE RENUNCIA A MATRÍCULA CURSO ESCOLAR 20__/20__

APELLIDOS _____
 NOMBRE _____ D.N.I. _____
 DIRECCIÓN _____
 POBLACIÓN _____ TELÉFONO _____

Expone: que estando matriculado en esta E.O.I., deseo renunciar a la matrícula: Completa parcial de los siguientes idiomas,

INGLÉS: CURSO <input type="checkbox"/> GRUPO <input type="checkbox"/>	ALEMÁN: CURSO <input type="checkbox"/> GRUPO <input type="checkbox"/>
--	--

Por las siguientes causas:

En Puerto de la Cruz a, _____ de _____ de 20__
 (firma)

NOTA: Tras la renuncia se reservará la plaza para el próximo Curso a los alumnos que así lo soliciten y sólo en función de Enfermedad larga justificada mediante Certificado Médico, Servicio Militar o Contrato laboral con fecha posterior a la Matrícula.

Si es menor de 18 años.

D. _____, padre/madre del alumno
 D. _____ autoriza a su hijo/a a
 renunciar a la matrícula arriba indicada.

(Firma)

Sr./Sra. Director/a de la E.O.I. de PUERTO DE LA CRUZ