|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE REVISIÓN DE CALIFICACIÓN FINAL** |
|  |
| □ Evaluación Ordinaria□ Evaluación Extraordinaria | Fecha: |
|  |
| Alumno/a: |
| Curso: | Edad: | Tfno: |
|  |
| Materia: |
| Profesor/a: |
|  |
| **Motivos por los que pide revisión:** |
| Firma alumno/a, padre, madre, tutorFdo.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| *A cumplimentar por el Jefe de Departamento:* |
| **Procede cambio de calificación** |
| □ SíCalificación inicial:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nueva calificación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ No |
|  |
| Firma Profesor/a:Fdo.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma Jefe de Departamento:Fdo.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Recibí Alumno/a:Fdo.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**A LA ATENCIÓN DE DIRECCIÓN DEL CENTRO**