|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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, tutor  Fdo.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  | | | | | | |
| *A cumplimentar por el Jefe de Departamento:* | | | | | | |
| **Procede cambio de calificación** | | | | | | |
| □ Sí  Calificación 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**