



ASP After
School
Program

"Enriquecimiento mas allá del Aula"
COLEGIO EMMANUEL d'ALZON

FORMATO DE CAMBIO O RETIRO

Datos del estudiante		
Día	Mes	Año
Nombres	Primer apellido	Segundo apellido
Curso	Actividad ASP	
Teléfono acudiente #1	Teléfono acudiente #2	
Cambio o retiro (marcar con una X)		
Cambio		Retiro
	Motivo de la cancelación	
Incapacidad médica	Bajo rendimiento académico	Otros
Justificación:		
Actividad a la que desea cambiar:		
Firma Papá		Firma Mamá
Nombres y apellidos del papá		Nombres y apellidos de la Mamá
Uso exclusivo del colegio		
Aprobado		Denegado
Firma de Rectoría		Firma de Administración
Observaciones:		
<small>*Anexar incapacidad medica si es el caso</small>		

Diligenciar y enviar mínimo 10 días antes de finalizar el mes, para que se haga efectivo el mes siguiente.