

## PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

### CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR

Nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_

Nº de C.U.E (Excluyente): \_\_\_\_\_

Se hace constar que (completar nombre y apellido) \_\_\_\_\_

DNI (completar nº de documento) \_\_\_\_\_ es alumno regular del curso / grado / sala  
(indicar el que corresponda) \_\_\_\_\_ turno / jornada

Horarios \_\_\_\_\_ ciclo lectivo (indicar año) \_\_\_\_\_.

Se extiende dicho certificado para ser presentado a quien corresponda.

En (indicar lugar y/o ciudad) \_\_\_\_\_

a los días \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del establecimiento