

## PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – MEDIFÉ DOCUMENTACIÓN GENERAL

## CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR

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

Nº de C.U.E.: \_\_\_\_\_

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 2021.

Se extiende dicho certificado para ser presentado a quien corresponda.

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

a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 2021.

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