|  |
| --- |
| SOLICITUD DE INTÉRPRETE DE LENGUA DE SEÑAS |
| FECHA:   /   /     |

|  |
| --- |
| CENTRO EDUCATIVO |
| NOMBRE DEL CENTRO:       |
| CÓDIGO:       |

|  |
| --- |
| DATOS DEL CURSO PARA EL QUE SE SOLICITA INTÉRPRETE |
| TIPO DE CURSO:       |
| CURSO:       |
| AÑO:       | GRUPO:       | TURNO:       |
| CARGA HORARIA SEMANAL:       |
| DÍAS Y HORARIOS:       |

|  |
| --- |
| DATOS DEL/ LOS ALUMNO/S |
| NOMBRE:       | EDAD:    | C.I:       |
| NOMBRE:       | EDAD:    | C.I:       |
| NOMBRE:       | EDAD:    | C.I:       |
| NOMBRE:       | EDAD:    | C.I:       |
|  |
| SELLO |  |
| FIRMA DE LA DIRECCIÓN ESCOLAR |

|  |
| --- |
| GESTIÓN EDUCATIVA |
| FECHA:   /   /     |
| DATOS DEL / LOS INTÉRPRETE/S DESIGNADO/S |
| NOMBRE:       | C.I:       |
| NOMBRE:       | C.I:       |
|  |  |
| FIRMA RESPONSABLE |