



SOLICITUD EXAMEN DE REPOSICIÓN

Fecha:	
Código del curso:	Nombre del curso:
Nombre del estudiante:	
Carné:	Escuela donde está empadronado(a)
Grupo en que está matriculado:	Profesor(a):
Prueba que solicita reponer: <input type="checkbox"/> I Examen parcial <input type="checkbox"/> II Examen parcial <input type="checkbox"/> III Examen parcial	
Motivo de su ausencia a la prueba regular (indique la fecha en que esta fue realizada):	
Adjunta: <input type="checkbox"/> Certificado Médico <input type="checkbox"/> Documentos Hospitalarios <input type="checkbox"/> Otro _____	
Número de teléfono donde localizarle:	
<i>Para uso del Coordinador</i>	
<i>Fecha de recepción:</i>	
<i>Solicitud:</i> <input type="checkbox"/> <i>Aprobada</i> <input type="checkbox"/> <i>Rechazada</i>	