

SOLICITUD DE REVISIÓN DE LA CALIFICACIÓN FINAL*

Correspondiente al alumno/a _____

Curso _____

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

D/D^a _____, nacido/a el _____ con DNI:

_____ domiciliado/a en C/ _____, nº _____,

Localidad _____ tfno. _____ correo electrónico _____

EXPONE:

Que no está de acuerdo con **la calificación final** obtenida en la asignatura

_____,
impartida por D/D^a _____, en base a lo siguiente:

(Explíquense los motivos detalladamente)

SOLICITA:

La **revisión de la calificación final** de dicha asignatura por el **profesor** correspondiente.

Madrid, a _____ de _____ de 202__

Fdo.: _____

*Plazo de presentación: 15 días hábiles desde la entrega de notas, en Secretaría.

Calle Perales de Tajuña, 1

28026 MADRID

Tel.: 914753495

Email: cp.marcelouseramadrid@educa.madrid.org