



## CLASES DE RELIGIÓN

Indíquenos el nombre completo de su hijo(a)

Nombre \_\_\_\_\_

Los alumnos (as) de este establecimiento recibirán 2 horas de clases semanales de religión.

Por favor indique si quiere que su hijo(a) reciba clases de religión

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

En caso de responder NO, favor hacernos llegar una carta dirigida al rector del colegio, solicitando la eximición de la asignatura con los fundamentos para esta solicitud.

Nombre del Padre o Apoderado \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Los alumnos eximidos, permanecen en la sala durante la clase de religión, realizando otra actividad educativa.