



Solicitud de Condonación de Pago

Formato sin valor

Maestra Celia Margarita Castañeda González
 Directora de la Escuela Preparatoria Regional de Amatlán
 P r e s e n t e

| | | |
|--------------------|-----|-----|
| Fecha de Solicitud | | |
| Día | Mes | Año |

Datos personales

| | | |
|------------------|------------------|------------|
| Apellido paterno | Apellido materno | Nombre (s) |
| Domicilio | | Teléfono |

Datos escolares

| | | | | |
|----------------------|--------------|----------|-------|-------|
| Código de Estudiante | Bachillerato | Semestre | Grupo | Turno |
|----------------------|--------------|----------|-------|-------|

| |
|---------------------|
| Concepto a condonar |
|---------------------|

| |
|--|
| Motivos por los que solicita la condonación del concepto (s) antes mencionado: |
|--|

Firma del solicitante: _____

Firma del padre de familia: _____

*Anexar orden de pago a condonar, orden de pago de hermano (a) debidamente requisitada y copia de credencial de padre.

| |
|------------|
| Resolutivo |
|------------|