



Solicitud de Condonación de Pago

Formato sin valor

Maestra Celia Margarita Castañeda González
 Directora de la Escuela Preparatoria Regional de Amatitán
 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
