



**Junta de
Castilla y León**
Consejería de Educación
CEIP JOSÉ GALERA MORENO
Zamora



SOLICITUD PARA LA ELECCIÓN DE PERIODO DE ADAPTACIÓN

D./Dña.

padre/madre o tutor/a legal del alumno/a _____ SOLICITA:

QUE MI HIJO/A

TENGA

NO TENGA

PERIODO DE ADAPTACIÓN DURANTE LOS PRIMEROS DÍAS DE ASISTENCIA A CLASE
DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE

En _____, a _____ de _____ 20__

Firma del padre/madre o tutor/a legal
