



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria d'Educació,
Cultura i Esport

CEIP CLARA CAMPOAMOR

C/ CASTELL, 27
46980-PATERNA
VALÈNCIA

TELÉFONO: 96 120 54 60
FAX: 96 120 54 61
CORREO: 46006483@GVA.ES

ANEXO V

CENTRO: CEIP CLARA CAMPOAMOR

LOCALIDAD: PATERNA.

SR/SRA. _____ padre/madre/tutor/a

del **alumno/a**: **Apellidos:** _____

Nombre: _____

Curso _____

Deseo que mi hijo/a reciba la asignatura de:

- ☐ RELIGIÓN CATÓLICA
- ☐ ACTIVIDADES ALTERNATIVAS A LA RELIGIÓN.

Paterna, a ____ de _____ de 2.02__

Firma del padre o tutor (*)

Firma de la madre o tutora (*)

(*) Son necesarias ambas firmas, excepto en los casos que haya limitación de la Patria Potestad de uno de los progenitores.



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria d'Educació,
Cultura i Esport

CEIP CLARA CAMPOAMOR

C/ CASTELL, 27
46980-PATERNA
VALÈNCIA

TELÈFON: 96 120 54 60
FAX: 96 120 54 61
CORREU: 46006483@GVA.ES

ANNEX V

CENTRE: CEIP CLARA CAMPOAMOR

LOCALITAT : PATERNA.

EN/NA. _____ pare/mare/tutor/a

de l'alumne/a: **Cognom:** _____

Nom: _____

Curs _____

Desitge que el meu/a fill/a reba l'assignatura de:

- ☐ RELIGIÓ CATÒLICA
- ☐ ACTIVITATS ALTERNATIVES A LA RELIGIÓ.

Paterna, a ____ de _____ de 2.02__

Signatura del pare o tutor (*)

Signatura de la mare o tutora (*)

(*) Són necessaries les dos signatures, excepte en casos de limitació de la Patria Potestad d'un dels progenitors.