
	INSTITUCIÓN EDUCATIVA RURAL DEPARTAMENTAL SIMÓN BOLÍVAR - LENGUAZAQUE	CODIGO: SB201804
	PROCESO CONVIVENCIA ESCOLAR	VERSIÓN 1
	ACTA AUTORIZACIÓN PRESENTACIÓN PRUEBAS SABER	Página 1 de 2
LUGAR Y FECHA		
DATOS ESTUDIANTE		
NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	
DATOS PADRE, MADRE Y/O ACUDIENTE		
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
DOCUMENTO	PARENTESCO	
DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	
AUTORIZACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> En mi calidad de padre, madre y/o acudiente autorizo a la Institución para que realice los tramites de presentación pruebas saber 11, me comprometo a sufragar los gastos económicos requeridos y a motivar a mi acudido para obtener buenos resultados. Autorizo al ICFES para recopile la información necesaria de mi hijo (a) y de su núcleo familiar requerida para la presentación de la prueba saber 11 y el tratamiento de esta información de acuerdo a la ley. 		
FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD		

	INSTITUCIÓN EDUCATIVA RURAL DEPARTAMENTAL SIMÓN BOLÍVAR - LENGUAZAQUE	CODIGO: SB201804
	PROCESO CONVIVENCIA ESCOLAR	VERSIÓN 1
	ACTA AUTORIZACIÓN PRESENTACIÓN PRUEBAS SABER	Página 2 de 2
DATOS ESTUDIANTE		
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO
DIRECCIÓN		CELULAR
CORREO ELECTRÓNICO		
PRESENTACIÓN EXAMEN SABER ONCE		
DEPARTAMENTO		CIUDAD
FIRMA ESTUDIANTE Y DOCUMENTO		