



SOLICITUD DE CERTIFICADO

Datos personales solicitante (padre/madre/representante legal)

DNI/Pasaporte: _____ Primer apellido: _____

Segundo apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Localidad/Provincia: _____
Número: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Datos alumno

Curso/Clase/Etapa Educativa: _____ Primer apellido: _____

Segundo apellido: _____ Nombre: _____

SOLICITA (marcar con una cruz lo que proceda)

Certificado de Calificaciones Certificado de Matriculación Certificado Traslado Extranjero
Certificado Traslado Certificado de Estudios Certificado de Escolaridad
Otro Certificado (especificar) _____

Madrid, a ____ de _____ de 201 ____

Retirada del Certificado

Fecha:

Entregado a:

Firma del solicitante

Sello del centro

SR. SECRETARIO DE ESTUDIOS DEL COLEGIO DE HUÉRFANOS DE LA ARMADA
