



COLEGIO MARÍA RAFOLS

AV. MARISCAL CÁCERES 434 - URB. VALDIVIEZO, ATE
TELÉFONO: (01) 326 2674

F.U.T

Formulario Único de Trámite
R.M. N° 0239 - 98 ED

SOLICITO: _____

DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE:

Director Jonathan Simanca

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE, MADRE O APODERADO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

TELÉFONO/CELULAR: _____

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ESTUDIANTE:

GRADO: _____

NIVEL: _____

FUNDAMENTACIÓN DE LA SOLICITUD:

DOCUMENTOS QUE ADJUNTA:

1) _____

2) _____

3) _____

FECHA: _____

FIRMA: _____