**SOLICITUD DE REVISIÓN DE CALIFICACIONES DE PROGRAMAS NO FORMALES PARA PERSONAS ADULTAS**

Don/Doña , DNI , padre, madre/tutor legal del alumno o alumna , matriculado/a en en el Centro de Educación de personas adultas de la localidad de (Elija un elemento.).

**EXPONE:**

**SOLICITA:**

Sean consideradas las alegaciones presentadas para proceder a la revisión de las calificaciones finales otorgadas en el presente curso.

En , a de de 2020

Fdo.: Padre, madre o tutor legal Fdo.: alumno/a

Sr./Sra. Director/a del CEPA