



(Imprimir y enviar firmado)

En el día de la fecha me notifico de haber recibido el ACUERDO DE CONVIVENCIA INSTITUCIONAL del Instituto José Manuel Estrada DIEGEP N° 015 (Nivel Primario)

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO/A:

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR:

ACLARACIÓN:

FECHA: .../.../.....