



## DECLARACIÓ RESPONSABLE JUSTIFICATIVA D'ABSÈNCIA PER MOTIUS DE SALUT O D'ASSISTÈNCIA A CONSULTA MÈDICA

D/D<sup>a</sup>....., com a pare/mare/tutor/a  
a de l'alumne/a.....,  
amb DNI n<sup>o</sup>....., actualment matriculat a L curs i grup\_\_  
....., per tal de justificar la seua absència a l'IES,

DECLARE, baix la meua responsabilitat, que en data.....,  
entre les \_\_\_\_\_hores i les \_\_\_\_\_hores, el/la meu/a fill/a no ha pogut  
assistir a classe pel següent motiu:

- Visita mèdica
- Indisposició/Malestar sobtat

Signatura del pare/mare/tutor/a

Benigànim, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.