



**INSTITUCIÓN EDUCATIVA GONZALO RESTREPO JARAMILLO**  
 “Comprometida con la formación integral y crítica para un mejor Vivir”  
 Carrera 26 Nro. 49-70 teléfono: 2696380  
 SEDE PRINCIPAL- JORNADA MAÑANA



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

## FORMATO UNICO DE EXCUSA

Medellín, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

### PROFESORES Y DIRECTIVAS

Cordial Saludo,

Conscientes de la responsabilidad que la estudiante debe asumir cuando falta a clases y/o actividades programadas por la institución, le solicitamos encarecidamente excusar a: \_\_\_\_\_

del grado \_\_\_\_\_ de la jornada \_\_\_\_\_ por la inasistencia ocurrida el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año 2023

### MOTIVO DE LA INASISTENCIA

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE** \_\_\_\_\_

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD** \_\_\_\_\_

**TELEFONOS** \_\_\_\_\_

**FIRMA DIRECTOR DE GRUPO** \_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Profesor  
 Área

\_\_\_\_\_  
 Profesor  
 Área

\_\_\_\_\_  
 Profesor  
 Área

\_\_\_\_\_  
 Profesor  
 Área

\_\_\_\_\_  
 Profesor  
 Área

\_\_\_\_\_  
 Profesor  
 Área

\_\_\_\_\_  
 Profesor  
 Área

\_\_\_\_\_  
 Profesor  
 Área

\_\_\_\_\_  
 Profesor  
 Área

*Señor Director de Grupo, favor archivar la inasistencia anexándole:*

**CERTIFICADO MEDICO**

**INCAPACIDAD**

**OTRO**

**¿CUAL?** \_\_\_\_\_