



Decisión _____
Notificado _____
Calendario _____
Fecha de reposición _____

Solicitud de Reposición de Clase

Fecha _____

Nombre: _____ # _____

Email: _____

Motivo: _____

Fecha que se ausentará: _____

Clase: _____ Hora: _____ Nivel: _____

Disponibilidad:

semana que tiene disponible reponer la clase

primera alternativa: _____

segunda alternativa: _____

Para poder reponer clases debe estar activo en sus mensualidades, o sea haber efectuado el pago del mes corriente. NO podrá reponer clases en meses no pagados.

Se le otorgará la clase de reposición según disponibilidad.

SUJETO APROBACIÓN DEL ADMINISTRADOR- OMAR VÁZQUEZ

Se le notificará una semana a partir de la entrega de este formulario vía email, asegúrese de anotarnos en sus contactos reposicion.bailefusion@gmail.com. Puede enviar este documento por email o entregarlo en recepción.

Padres y/o encargado

Recepcionista