



COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
C.E.I.P. "CIUDAD DE ROMA"

OPCIÓN DE ENSEÑANZA RELIGIOSA

D/Dña. _____, padre /madre /tutor/a del
alumno/a: _____ perteneciente al grupo
_____, expresa su deseo de que en el año académico 20 ____ /20 ____ su hijo curse la
enseñanza de:

RELIGIÓN:

CATÓLICA

EVANGÉLICA

ISLÁMICA

JUDÍA

ATENCIÓN EDUCATIVA:

MADRID, ____ de _____ de 20 ____

Firma del padre, madre o tutor/a,

Nota: la oferta de la religión solicitada, en su caso, está condicionada al número de alumnos/as que soliciten la misma, y a que la confesión religiosa disponga el profesorado pertinente en el Centro.

"Los datos recogidos se tratarán informáticamente o se archivarán con el consentimiento del ciudadano, quien tiene derecho a decidir quién puede tener sus datos, para qué los usa, solicitar que los mismos sean exactos y que se utilicen para el fin con que se recogen, con las excepciones contempladas en la legislación vigente. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia pueden dirigirse al teléfono de información administrativa 012"

C/ Juan Esplandiú, 2 ♦ 28007 - MADRID ♦ Teléfono 91 574-38-97 ♦ Fax 91-504-16-95

Página Web <http://www.educa.madrid.org/cp.ciudadderoma.madrid> E-mail cp.ciudadderoma.madrid@educa.madrid.org