



Encuesta sobre clase de Religión

Estimados Padres y Apoderados:

Indique el nombre completo y curso de su hijo(a) y/o pupilo(a), que matriculó en este Establecimiento.

Nombre: _____

Curso: _____

Este establecimiento tiene 2 hrs. semanales de clases de Religión dentro del horario lectivo.

Marque con una X su preferencia para las clases de Religión:

	SI	NO
Opto por las clases de Religión		

Justifique si estima adecuado:

Nombre del Apoderado o Tutor _____

Firma _____

Esta encuesta se realiza en conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 924/83 de Educación, que estipula que en todos los establecimientos Educativos del país, se deberá ofrecer clases de Religión con carácter de optativo para los alumnos y sus familias.

Fecha: _____