



FACULTAD DE CIENCIAS BIOLÓGICAS

Licenciatura en Biología, Programa Educativo de Calidad. Reacreditado por el CACEB, A.C.



FACULTAD
DE CIENCIAS
BIOLÓGICAS

Cuernavaca, Morelos a _____ de 201_.

PADRE DE FAMILIA O TUTOR P R E S E N T E

A través de este medio, se les informa que el C. _____, alumno de la Facultad de Ciencias Biológicas con número de matrícula: _____, y número de Seguro Social: _____ Realizará una práctica de campo de la asignatura: _____ del grupo: _____ En las fechas de: _____ al: _____, en la localidad de: _____ del municipio: _____ en el estado de: _____ Con el profesor responsable de la práctica: _____ y es el titular de la asignatura antes mencionada.

Se debe aclarar, que esta actividad ha sido evaluada y autorizada por la Comisión de Prácticas de Campo de la Facultad de Ciencias Biológicas y será supervisada bajo normas de seguridad en el itinerario, transporte y permanencia de los estudiantes.

De esta forma, se solicita de la manera más atenta, su permiso para que su hijo(a) o tutorado(a) realice dicha actividad académica.

Firma del padre o tutor

Firma del alumno

ARTICULO 4°

La asistencia por parte de los estudiantes a una práctica de campo no deberá ser obligatoria.

C.c.p. Profesor responsable de la práctica.

C.c.p.- Archivo.