****

**ENCUESTA SOBRE CLASES DE RELIGIÓN**

Estimados Sres. Padres y Apoderados:

Indique el **nombre completo y curso de su hijo(a) y/o pupilo(a**), que matriculará en este establecimiento:

NOMBRE ............................................................................. .CURSO:................................................

1. Este establecimiento impartirá 2 hrs. semanales de clases de Religión CON FORMACIÓN ÉTICO Y VALÓRICA dentro del horario lectivo.
2. Marque con una X su preferencia para las clases de religión:

|  |  |
| --- | --- |
| **PROPUESTAS** | **PREFERENCIA** |
| Opto por clases de Religión Católica |  |
| Opto por clases de Religión Evangélica |  |
| Opto por otra religión con programas aprobados. Señale cuál. |  |
| No opto |  |

Nombre del Apoderado o Tutor: ........................................................

Firma .......................................................................................................

(Se ruega devolver al Profesor(a) Jefe)

***Esta encuesta se realiza en conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 924/1983 de Educación, que estipula que en todos los establecimientos educacionales del país deberá ofrecerse clases de Religión con carácter de optativas para los alumnos y sus familias.***

***Esperando contar con su colaboración, saluda atentamente a Ud.***

***Fecha........................ Firma por establecimiento...........................................................***