

## ENCUESTA SOBRE CLASE DE RELIGION

Esta encuesta deberá realizarse al momento de la matrícula y en casos muy excepcionales posteriormente para el Profesor Jefe del curso en la primera reunión con los Padres o Apoderados

**Señor(a) Apoderado (a):**

Como es de su conocimiento, en conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de la República y en el Decreto Supremo de Educación N° 924, de 1983, en todos los Establecimientos Educacionales de Enseñanza Básica y Media del país, deberá ofrecerse, con carácter optativo para los alumnos/as y los padres o apoderados, clases de la Asignatura de Religión.

Por otra parte, la Ley N° 19.638, en su artículo 6° letra 0, dispone: "recibir e impartir enseñanza religiosa y moral que esté de acuerdo con sus propias convicciones".

En razón de lo anterior le solicitamos que nos indique:

Nombre completo y curso de su(s) hijo(s) o hija(s) o pupilo(s) o pupila(s) que estudian en este establecimiento:

Nombre: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

1.- A los(as) alumnos(as) de este Establecimiento se les impartirá la asignatura de Religión en dos (2) horas pedagógicas semanales.

Indique si desea o no que su hijo (a) o pupilo (a) siga clases de Religión:

SI..... NO.....

Si su respuesta es afirmativa-marca SI-responda la siguiente pregunta. Si su respuesta es negativa-marca NO-sírvase firmar esta encuesta.

2.- Si su respuesta ha sido SI, por favor marque con una X frente a la opción - Religión que quiere que su hijo(a) o pupilo(a) estudie:

Religión Católica ( ) Religión

Evangélica ( )

Otra Religión ( ) Indique cual es:

Nombre del Apoderado: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

  
LUIS CORTES ALFARO  
DIRECTOR  
LICEO EXPERIMENTAL ARTÍSTICO