|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SUSPENSIÓN** | | | | |
| **N°** | **DOCUMENTOS** | **SI** | **NO** | **OBSERVACIONES** |
| **1** | Solicitud de suspensión firmada por el representante legal, exponiendo brevemente los motivos |  |  | Escrito libre Dirigido al Lic. Francisco Saracho Navarro, Secretario de Educación |
| **2** | Relación con firma de los padres de familia de enterados |  |  | En caso de tener alumnos inscritos |
| **OBSERVACIONES:** ***La Suspensión del******servicio no deberá de exceder dos ciclos escolares consecutivos****, ya que al superar dicho período la Secretaría de Educación del Estado, está facultada para revocar la autorización o retirar el reconocimiento de validez oficial de estudios que previamente le haya sido otorgado.* | | | | |