



AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES
PARA LA INTERVENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN

D. _____ DNI/Pasaporte _____ y
Dña. _____ DNI/Pasaporte _____
como padres/tutores legales del alumno/a _____
escolarizado en el centro **NUESTRA SEÑORA DE LA CONSOLACIÓN** y con domicilio, a efectos de notificación,
en la localidad de _____
calle _____, número _____ C.P. _____
y teléfonos de contacto _____

AUTORIZAN:	
<input type="checkbox"/> SI	La realización de la evaluación psicopedagógica de su hijo/a si se detectan dificultades de aprendizaje, dificultades sociales, dificultades personales o emocionales para determinar o proponer la respuesta educativa más adecuada a las necesidades educativas y personales de su hijo/a.
<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> SI	El intercambio de información con los tratamientos externos y profesores particulares para coordinar adecuadamente la intervención con su hijo/a.
<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> SI	La realización de aplicaciones colectivas con su grupo de referencia para valorar aspectos que ayuden a la intervención pedagógica individual o grupal y a la correcta adaptación personal y social de su hijo/a.
<input type="checkbox"/> NO	

_____, a _____ de _____ de _____

El padre o tutor legal

La madre o tutora legal

Fdo.: _____

Fdo.: _____