

AUTORIZACIÓN FAMILIAR

PARA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

La presente autorización deberá ser firmada por ambos padres o tutores legales.

Yo _____ padre/madre/tutor legal
(subrayar lo que procede) con DNI _____ y yo _____
_____ padre/madre/tutor legal (subrayar lo que procede)
con DNI _____ del alumno _____
quién se encuentra cursando _____.

En calidad de padre y madre o tutor legal AUTORIZO que a través del Profesional del Gabinete de Psicología del Colegio y Seminario Rozas, se realice la evaluación psicológica y entrevistas necesarias al menor; dejando constancia que los datos obtenidos en la citada valoración deben tener carácter confidencial.

Firma de la madre:

Firma del padre:

Firma del tutor legal:

Fdo.:

Fdo.:

Fdo.: