

7) AUTORIZACIÓN PARA INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN ENTRE PROFESIONALES DE EDUCACIÓN, SALUD Y OTROS SERVICIOS

ALUMNO/A	
FECHA	

PADRE / MADRE TUTOR/A LEGAL		DNI	
PADRE / MADRE TUTOR/A LEGAL		DNI	

AUTORIZAMOS (marque SI o NO)

SI / NO	Motivo
	A los profesionales del centro para que la información pertinente (Eval. Psicopedagógica u otras, ...) que afecta a mi hijo/a, tutelado/a, pueda ser compartida con los profesionales educativos externos al centro, sanitario, social u otros servicios (médicos de familia, pediatras, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, profesionales de gabinetes privados,) que van a intervenir en su beneficio, en el proceso del mismo.

FIRMA:(padre, madre, tutor legal)

FIRMA:(padre, madre, tutor legal)

.....
 (Nombre v apellidos del padre, madre o tutor/a)

.....
 (Nombre v apellidos del padre, madre o tutor/a)