



AUTORIZACIÓN

Autorizo la evaluación, seguimiento y monitoreo psico-educativo de mi pupilo al equipo multidisciplinario del Departamento de Orientación y Psicología tales como: Orientación Educativa, Psicólogo (a), Psicopedagogo (a) y Educador (a) Diferencial con el fin de detectar y prevenir tempranamente algún tipo de Necesidad Educativa, para orientar al padre, madre y/o apoderado en el desarrollo integral del estudiante en el contexto escolar.

Este proceso de evaluación diagnóstica integral, tiene que ser previamente consentido o autorizado por el padre/madre, tutor responsable, para ser aplicada en cualquier momento de su proceso formativo.



AUTORIZACIÓN

Yo,

Rut:

Conozco en qué consiste este proceso de evaluación en el que participará mi hijo o hija y de los beneficios que ofrece esta evaluación.

Por lo tanto, en _____ con fecha _____ de 20

Doy mi consentimiento

No doy mi consentimiento

para que se realice una evaluación diagnóstica integral que determine si existen Necesidades Educativas asociadas a la presencia de **una condición de salud, mental, sensorial, funcional, u otra**, que requieran de los apoyos individualizados a :

(Nombre completo del estudiante)

estudiante de:

(Curso y establecimiento)

Nombre, RUT y Firma de la persona que informa del
procedimiento y recibe la autorización

Firma de la persona que autoriza