



PSICOPEDAGÓGICA EN ASPATHI

AUTORIZACIÓN:

Yo Don.
he leído los aspectos del tratamiento psicopedagógico que va a llevar a cabo Don/Dña.
_____, psicólogo/pedagogo de ASPATHI.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación del procedimiento.

Y en tales condiciones AUTORIZO, como padre/tutor de
que se realice la terapia antes mencionada.

En Sevilla, a de de

Fdo.: PADRE/TUTOR

Fdo.: EL PROFESIONAL

**ASPATHI** (Asociación Sevillana de Padres y Afectados con Trastornos Hipercinéticos)

C.I.F.: G91176503, TLF: 615268903

Email:juntadirectiva.aspathi@gmail.com

Web oficial: www.aspathi.es