ASPATHI

AUTORIZACIÓN PARA EL DESARROLLO DE TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICA EN ASPATHI

AUTORIZACIÓN:

Yo Dña.
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 madre/tutor de
que se realice la terapia antes mencionada.

En Sevilla, a de de

Fdo.: MADRE/TUTOR Fdo.: EL PROFESIONAL