



**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



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