



AUTORIZACIÓN PEDAGOGÍA TERAPÉUTICA C.E.I.P. SANTA ANA

D/D^a _____

con DNI/NIE, _____ como padre/madre tutor/tutora del alumno/a

perteneciente al grupo _____

AUTORIZA

NO AUTORIZA

a mi hijo/a a asistir a las sesiones de Pedagogía Terapéutica.

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR/TUTORA:

Fdo.: (nombre y apellidos): _____

Pedrezuela, a _____ de _____ de _____

“Los datos recogidos se tratarán informáticamente o se archivarán con el consentimiento del ciudadano, quien tiene derecho a decidir quién puede tener sus datos, para qué los usa, solicitar que los mismos sean exactos y que se utilicen para el fin con que se recogen, con las excepciones contempladas en la legislación vigente. Para cualquier cuestión relacionada con esta material pueden dirigirse al teléfono de información administrativa 012”