

AUTORITZACIÓ PER A REALITZAR UN PSICODIAGNÒSTIC

El / la Sr/a _____ amb DNI _____

AUTORITZA

Als mestres i professionals de la Unitat de Suport per a la Integració i
Cohesió de l'Escola Banús a realitzar un diagnòstic psicopedagògic del
seu / seva fill/a _____,
així com a passar les proves i els tests que siguin necessaris a tal
efecte.

I signa aquesta autorització

a Santa Coloma de Gramenet a _____ de _____ de _____