



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

FORMATO N.º 2

Llenar con letra clara y legible

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE MI HIJO(A)

Yo, _____ identificado con DNI _____, y domiciliado en _____, en mi calidad de (madre/padre/apoderado) del estudiante _____, identificado con DNI _____, de _____ años de edad, autorizo a la Dirección General del Colegio de Alto Rendimiento (COAR) _____, para que la Dirección de Bienestar y Desarrollo Integral del Estudiante realice las evaluaciones psicológicas pertinentes a mi menor hijo(a). Y en caso se advierta la necesidad de recibir un tratamiento especializado, me comprometo a:

- a) Acompañar a mi hijo(a) para que reciba las atenciones correspondientes y asumir los costos que dicho tratamiento o rehabilitación requiera.
b) Entregar a las autoridades del COAR la documentación que certifique la atención y tratamientos recibidos, según sus recomendaciones.

Autorizo lo expuesto, en el marco de la Ley del Trabajo del Psicólogo, Ley del Trabajo Médico y la Ley del Trabajo del Enfermero (y sus respectivos reglamentos), del Código del Niño y del Adolescente, así como de la Ley General de Educación y demás disposiciones legales de los sectores pertinentes.

(Nombre del padre/madre)

_____, _____, _____ de 2018
(Ciudad) (Día) (Mes)



Huella digital