

Lugar.....Fecha.....

POR INTERMEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZO A.....A FILMAR VIDEOS O A SOLICITAR O RECOLECTAR PRODUCCIONES GRÁFICAS DE MI HIJO/HIJA....., Y A ENVIARLOS A LA CONSULTORA PARA LA INCLUSIÓN ESCOLAR “INCLUSIVA” AL SOLO EFECTO Y UTILIZACIÓN DE DICHS MATERIALES PARA SU ANÁLISIS.

ASIMISMO SE FACULTA A INCLUSIVA A EMITIR CRITERIO ACERCA DE DICHO MATERIAL SOLO PARA MEJORAR LA COMPRENSIÓN DEL CASO Y PARA DESARROLLAR ESTRATEGIAS QUE FAVOREZCAN LA INCLUSIÓN ESCOLAR DEL ALUMNO/A.

TANTO LOS PROFESIONALES COMPROMETIDOS EN LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN, ASÍ COMO LOS QUE INTERVENGAN EN EL ANÁLISIS O EMISIÓN DE CRITERIO, SE COMPROMETEN A GUARDAR ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD SOBRE TODO ESTE PROCESO E INFORMACIÓN.

FIRMA DEL PROFESIONAL O DOCENTE INTERVINIENTE

FIRMA DE PADRE O MADRE.....

ACLARACIÓN.. ..

ACLARACIÓN

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO.....

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO.....

Esta autorización deberá ser fotografiada o escaneada y enviada por correo electrónico a INCLUSIVA. Recomendamos su archivo original en el legajo del alumno.