**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN ESCOLAR**

Por medio de la presente me permito solicitar su autorización y consentimiento para contactar a la psicóloga y/o a los docentes de la escuela o colegio en donde estudia su hijo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para así complementar la evaluación psicológica que se esta realizando al momento.

Victoria de Durango a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Terapeuta