



Generalitat de Catalunya
Departament d'Ensenyament
**Equip d'Assessorament i
Orientació Psicopedagògica
EAP B-14 Vallès Oriental (Sector A)**



En/na _____

pare, mare o tutor/a legal de l'alumne/a _____
autoritza, en cas que sigui necessari, la seva valoració psicopedagògica,
fisioterapèutica i/o social per part de l'EQUIP D'ORIENTACIÓ I ASSESSORAMENT
PSICOPEDAGÒGICA EAP B-14 Vallès Oriental (Sector A) i per part del Departament
d'Orientació i Tutoria de l'escola (DOT) i autoritza a ambdós equips a la coordinació
amb els serveis externs que hagin d'intervenir.

_____ d _____ de 20_____

(Signatura del pare, mare o tutor/a legal)