



Autorització entrevista als/a les alumnes en el centre per part del/la professor/a d'orientació educativa de l'Institut i de l'EAP, el/la treballador/a social de l'EAP i/o educador/a i treballador/a social de serveis socials per finalitats escolars i socioeducatives

Dades de l'alumne/a

Cognoms, Nom _____

Dades del/de la pare/mare o representant legal

Cognoms, Nom _____

DNI/NIE/Passaport _____

AUTORITZO SÍ

NO

Que el/la professor/a d'orientació educativa de l'Institut i de l'EAP, el/la treballador/a social de l'EAP i/o educador/a i treballador/a social de serveis socials de referència puguin entrevistar-se amb el/la meu/va fill/a al llarg d'aquest curs per finalitats escolars i socioeducatives i que aquest equip pugui realitzar el traspàs d'informació i les coordinacions pertinents amb els serveis externs.

Així mateix, els informem que el Departament d'Educació té un conveni amb el Departament de Salut que ofereix la figura del/la infermer/a del Programa salut i escola a intervenir amb el/la seu/va fill/a i que el tractament d'aquesta informació serà confidencial.

Lloc i data _____

Signatura del/de la pare/mare/representant legal de l'alumne/a