



**ASSISTÈNCIA AL CENTRE EDUCATIU AMB INTERVENCIIONS  
TERAPÈUTIQUES CURS .....**

En/Na ..... amb DNI .....  
com a pare, mare o tutor/a legal de l'alumne/a .....  
del curs .....

**INFORMO:**

- Que l'alumne/a està matriculat al centre Escola Mitja Costa
- Que rep una intervenció terapèutica externa per completar el seu procés educatiu i estimular aspectes personals importants pel seu desenvolupament.
- Que aquesta intervenció terapèutica es realitza els dies i hores que s'especifiquen a continuació.
- Que adjunto l'informe del centre terapèutic prestador del servei conforme rep la teràpia i es fa càrrec de la responsabilitat civil i laboral.

**DEMANO:**

- Que la direcció del centre autoritzi la reducció de l'horari lectiu del meu fill/a.

DIES	HORES	LLOC
<input type="checkbox"/> Dilluns	De ..... a ..... hores	
<input type="checkbox"/> Dimarts	De ..... a ..... hores	
<input type="checkbox"/> Dimecres	De ..... a ..... hores	
<input type="checkbox"/> Dijous	De ..... a ..... hores	
<input type="checkbox"/> Divendres	De ..... a ..... hores	

I per a que consti, signo aquesta autorització que romandrà en l'arxiu del centre.

Signatura

Montcada, a ..... de ..... de 20....