



**AUTORIZACIÓN PARA A FAMILIA PARA A INTERVENCIÓN DOS
ESPECIALISTAS DE PEDAGOXÍA TERAPÉUTICA, AUDICIÓN E LINGUAXE
E/OU OUTRO PROFESORADO CON DISPOÑIBILIDADE HORARIA**

D/D^a....., con
DNI en calidade de pai/nai ou titor/titora legal, do alumno/a
....., matriculado durante o presente curso
lectivo 2023/2024 en ... curso de Educación.....

AUTORIZO A RECIBIR APOIO FÓRA DA AULA POR PARTE DO PROFESORADO
DE PEDAGOXIA TERAPÉUTICA, AUDICIÓN E LINGUAXE E/OU OUTRO
PROFESORADO CON DISPOÑIBILIDADE HORARIA.

NON AUTORIZO A RECIBIR APOIO FÓRA DA AULA POR PARTE DO
PROFESORADO DE PEDAGOXIA TERAPÉUTICA, AUDICIÓN E LINGUAXE E/OU
OUTRO PROFESORADO CON DISPOÑIBILIDADE HORARIA.

Carballada de Avia, a..... de de 20.....

O/A pai/nai ou titor/a legal:

(Sinatura)