

**CONSENTIMENT DELS LEGALS REPRESENTANTS PER FER TRACTAMENT DE DADES
PSICOPEDAGÒGIQUES
CURS 2025-26**

Sr. Director pedagògic

En/na _____ DNI _____, representant
legal de l'alumne/a, _____ de _____ anys, i que
fa el curs de _____

DEMANO A LA DIRECCIÓ PEDAGÒGICA

Que tracti la informació que calgui a fi de que **l'Equip d'orientació i/o d'assessorament psicopedagògic** faci la valoració psicopedagògica i/o social del meu fill/a i que es faci el seguiment posterior mantenint-me informat dels resultats i seguiment.

☐

CONSENTO I AUTORITZO EXPRESSAMENT

L'intercanvi d'informació que s'hagi de produir entre l'equip d'orientació, l'EAP i l'escola mentre es faci l'avaluació, tractament i, si escau, el seguiment posterior.

☐

NO CONSENTO NI AUTORITZO EXPRESSAMENT

La intervenció del Gabinet Psicopedagògic de l'escola així com l'EAP amb el nostre fill/a.

Vilafra nca del Penedès, a _____ de _____ 202__

Signatura del representant legal