

**AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES O TUTORES LEGALES PARA  
REALIZAR LA EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA**

Don..... y doña.....

Como padres/tutores legales de..... Y con domicilio, a efectos de notificación, en .....

.....calle....., número....., CP.....

teléfono.....

Autorizan al Equipo de Atención Temprana de Tres Cantos-Colmenar a realizar la evaluación psicopedagógica de su hijo/a para determinar sus necesidades educativas especiales y poder adoptar las medidas educativas más adecuadas.

En....., a..... de..... de 200

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL

FIRMA DE LA MADRE/TUTORA LEGAL

“ Los datos recogidos serán incorporados y tratados, con su consentimiento informado, en los términos del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en ficheros cuya finalidad son la atención a niños con necesidades y patologías, inscritos en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid ( [www.madrid.org/apdcm](http://www.madrid.org/apdcm) ); pudiendo ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.