IPCHILE
INSTITUTO PROFESIONAL DE CHILE

AUTORIZACIÓN DEL APODERADO

Yo _____, R.U.N. _____

apoderado(a) de _____, estudiante de _____

autorizo al Profesor en Práctica _____, para que realice un diagnóstico específico a mi hijo(a), a fin de evaluar las habilidades de aprendizaje en las áreas de Lenguaje y Matemáticas, con el propósito de detectar necesidades educativas especiales que requieren ser abordadas para potenciar su desarrollo y desempeño escolar.

_____

Firma del apoderado

_____ de _____ 2012.-