



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”  
" Año del Diálogo y Reconciliación Nacional”

**FORMATO N.º 2**

Llenar con letra clara y legible

**CARTA DE AUTORIZACIÓN  
PARA LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE MI HIJO(A)**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con DNI \_\_\_\_\_, y domiciliado en \_\_\_\_\_, en mi calidad de (madre/padre/apoderado) del estudiante \_\_\_\_\_, identificado con DNI \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad, autorizo a la Dirección General del Colegio de Alto Rendimiento (COAR) \_\_\_\_\_, para que la Dirección de Bienestar y Desarrollo Integral del Estudiante realice las evaluaciones psicológicas pertinentes a mi menor hijo(a). Y en caso se advierta la necesidad de recibir un tratamiento especializado, me comprometo a:

- a) Acompañar a mi hijo(a) para que reciba las atenciones correspondientes y asumir los costos que dicho tratamiento o rehabilitación requiera.
- b) Entregar a las autoridades del COAR la documentación que certifique la atención y tratamientos recibidos, según sus recomendaciones.

*Autorizo lo expuesto, en el marco de la Ley del Trabajo del Psicólogo, Ley del Trabajo Médico y la Ley del Trabajo del Enfermero (y sus respectivos reglamentos), del Código del Niño y del Adolescente, así como de la Ley General de Educación y demás disposiciones legales de los sectores pertinentes.*

\_\_\_\_\_

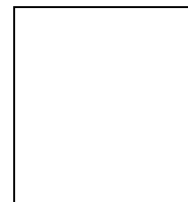
(Nombre del padre/madre)

\_\_\_\_\_ de 2018

(Ciudad)

(Día)

(Mes)



Huella digital