



PERÚ

Ministerio de Educación



Formato N.º 5

Llenar con letra clara y legible.

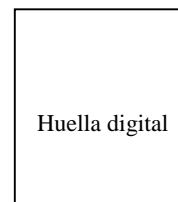
CARTA DE AUTORIZACIÓN

PARA LA EVALUACIÓN Y/O ATENCIÓN DE SALUD FÍSICA Y MENTAL

Yo, _____,
 identificado(a) con DNI N.º _____, con domicilio real en _____ del
 distrito de _____, provincia de _____, departamento de _____,
 en mi calidad de _____ (padre/madre/apoderado)
 del estudiante _____,
 identificado(a) con DNI N.º _____, de ____ años de edad, autorizo a la Dirección
 General del Colegio de Alto Rendimiento (COAR) _____(región), que a través de la
 Dirección de Bienestar y Desarrollo Integral desarrolle acciones y/o coordinaciones de
 evaluación y/atención en relación con la salud física y mental de mi menor hijo o hija dentro
 y fuera del COAR, a fin de promover y velar por su salud, según las necesidades que sean
 advertidas durante la permanencia del estudiante en el COAR; a excepción de aquellos
 casos en que se trate de enfermedades o dolencias preexistentes a su ingreso, y que hayan
 sido declaradas o no, por mi persona. Del mismo modo, manifiesto mi compromiso de asumir
 los tratamientos o rehabilitaciones necesarios para la atención de salud de mi menor hijo (a)
 durante su permanencia en la institución educativa.

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

Atentamente,



Nombre del Padre/Madre/Apoderado

Firma

Huella Digital

_____ (ciudad), ____ de _____ de 2015