

Queridos padres:

Con el fin de trabajar desde el equipo de orientación escolar, atendiendo a las necesidades de su hijo/a, y articulando especialmente nuestra tarea con los profesionales externos, les pedimos que tengan a bien COMPLETAR la grilla con datos actualizados.

Por favor contemplar los tratamientos que inician este año y/o los que continuarán.

Por más que no realicen ningún tratamiento, les pedimos que lo firmen y completen igual.

Nombre de mi hijo/a: _____

Año: _____ -

Tratamiento	<i>Nombre del profesional</i>	<i>Teléfono y Mail</i>	<i>Carga horaria semanal</i>
Psicopedagógico			
Fonoaudiológico			
Psicóloga/o			
Neuróloga/o			
Tutora/or Maestra part.			
Otros			

¡Les deseamos un año exitoso!

Muchas Gracias Equipo técnico

Firma del padre/madre: