

## AUTORIZACIÓN FAMILIAR A LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL EN ATENCIÓN TEMPRANA

Este documento es CONFIDENCIAL, lo entregarán los padres, o tutores legales del alumno-a, al Director/a del Centro Educativo para su inclusión en el Expediente personal de su hijo



Familia del alumno/a

D. \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_,

Dña. \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_,

como padres/tutores legales del alumno/a \_\_\_\_\_,

Con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, matriculado en la EI/CEI \_\_\_\_\_,

de la localidad de \_\_\_\_\_

### AUTORIZO:

A LOS RESPONSABLES DE LOS CENTROS (EDUCATIVO y DE SALUD), a compartir la:

**Información relativa al tratamiento de mi hijo-a**, con objeto de implementar las orientaciones que se deriven del plan de intervención en los ámbitos que se estimen oportunos (Tratamiento, Escuela Infantil, Ayudas, etc.), a través del E.P.A.T. (Equipo Provincial de Atención Temprana) responsables de su atención especializada.

LAS INSTANCIAS EDUCATIVAS, SOCIALES y SANITARIAS implicadas, en cumplimiento de la **Ley Orgánica 03/2018 de Protección de Datos**, se comprometen, en todo momento, a:

Respetar la **CONFIDENCIALIDAD** de los datos del Expediente de mi hijo-a, que tendrá carácter personal, confidencial y estrictamente técnico, y a utilizarlos de acuerdo con la finalidad del objetivo rehabilitador y/o educativo propuesto.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

El padre o tutor legal

La madre o tutora legal

Fdo.:

Fdo.:

OBSERVACIONES: