



ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA No. 85.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS EDUCATIVOS COMPLEMENTARIOS.

AUTORIZACIÓN PARA EL ÁREA DE PSICOLOGÍA

OAXACA DE JUÁREZ OAXACA. ____ DEL MES DE ____ DEL 20 ____.

QUIEN AUTORIZA PADRE O MADRE DE
FAMILIA _____ DEL
ALUMNO(A): _____ DEL
GRADO. _____ GRUPO. _____ SE LE HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE EL
ÁREA DE PSICOLOGÍA DE LA ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA No. 85., LE APLICARA A
SU HIJO(A)., PRUEBAS PSICOMETRICAS PROYECTIVAS, ASI COMO, SI AMERITA LA
ATENCIÓN PSICOLOGICA LAS COORDINACIONES Y EL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL DE
LA ESCUELA, REALIZARAN DICHA CANALIZACIÓN.

DE SER NECESARIA SU PRESENCIA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA LAS VECES QUE
SE LE SOLICITE DEBERÁ ACUDIR DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE DICHO
SERVICIO PARA BENEFICIO EN EL SEGUIMIENTO DE SU HIJO(A). DURANTE EL
PRESENTE CICLO ESCOLAR.

SI SE CONSIDERA NECESARIO SU HIJO(A), SERA CANALIZADO DE MANERA EXTERNA
PARA SEGUIR CON SU SEGUIMIENTO.

ASÍ MISMO SI HUBIERA NECESIDAD DE ENTREGAR ALGUN ESTUDIO NEUROLOGICO,
DE EDUCACIÓN ESPECIAL, USAER O DE TIPO MÉDICO DE SU HIJO(A) DEBERA DE
ENTREGAR COPIA DE DICHO EXPEDIENTE AL ÁREA DE PSICOLOGÍA. (NO MAYOR A 5
AÑOS DE ANTIGÜEDAD).

ESTANDO DE ACUERDO QUE SU HIJO RECIBIRA DE 1 A 5 SESIONES C O M O
M A X I M O DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA DURANTE SU HORARIO ESCOLAR Y NO
FUERA DEL MISMO.

NUMERO DE TELEFONO DEL RESPONSABLE. _____

NOMBRE Y FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL RESPONSABLE O TUTOR DEL ALUMNO(A).