**AUTORIZACIÓN FAMILIAR PARA RECIBIR**

**REFUERZO PEDAGÓGICO**

D./ª\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

con DNI nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ padre/madre/tutor o tutora legal (táchese lo que no proceda) del alumno o alumna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizo al profesorado del *C.E.I.P. “Juan Alonso Rivas”* de Colomera para iniciar y/o continuar el tratamiento específico o especializado que a continuación se indica (subrayar): tratamiento en aula específica de educación especial, tratamiento de apoyo educativo, **tratamiento de refuerzo de los aprendizajes**, tratamiento de audición y lenguaje, tratamiento para mejorar la conducta o las habilidades sociales.

Así se le informa a los mismos sobre las siguientes necesidades específicas de apoyo educativo detectadas, tras evaluación inicial:

* Asegurar los aprendizajes básicos de Lengua castellana y literatura, Primera Lengua extranjera y Matemáticas.
* Facilitar la adquisición de hábitos de organización y constancia en el trabajo, el aprendizaje de técnicas de estudio.

Conozco, y estoy de acuerdo, que dicho tratamiento puede realizarse bien junto con el propio grupo al que pertenece mi hijo o hija, bien en pequeño grupo fuera del mismo o de modo individual, según el criterio organizativo del colegio.

He sido informado por el profesorado del centro de las características de este tratamiento, las dificultades y/o problemas por los que se recurre a él y las condiciones en que se impartirá.

En Colomera a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

Fdo.: El/la Tutor/a,

 Fdo.: