

**AUTORIZACIÓN DE BAJA VOLUNTARIA DE APOYO ESPECIALIZADO DEL EOA/DO**

|                               |  |         |  |                       |  |
|-------------------------------|--|---------|--|-----------------------|--|
| Don/Doña (Apellidos y nombre) |  |         |  |                       |  |
| con DNI/NIE/PASAPORTE         |  |         |  |                       |  |
| como padre                    |  | , madre |  | , tutor               |  |
|                               |  |         |  | o representante legal |  |

|                               |  |         |  |                       |  |
|-------------------------------|--|---------|--|-----------------------|--|
| Don/Doña (Apellidos y nombre) |  |         |  |                       |  |
| con DNI/NIE/PASAPORTE         |  |         |  |                       |  |
| como padre                    |  | , madre |  | , tutor               |  |
|                               |  |         |  | o representante legal |  |

Presentamos este escrito de **AUTORIZACIÓN** / **NO AUTORIZACIÓN** PARA LA BAJA VOLUNTARIA (RENUNCIA) A LAS SESIONES DE APOYO ESPECIALIZADO QUE RECIBE NUESTRO HIJO/A por parte de distintos profesionales del Equipo de Orientación y Apoyo / Departamento de Orientación (maestra de PT, maestra de AL u otros profesionales)

|                               |  |       |  |       |
|-------------------------------|--|-------|--|-------|
| Alumno/a (Apellidos y Nombre) |  |       |  |       |
| Etapas                        |  | Curso |  | Grupo |

Como madre y padre, **nos damos por informados** de que la **renuncia voluntaria implica la redistribución y organización de los periodos de apoyo** por parte de los profesionales del Equipo de Orientación y Apoyo / Departamento de Orientación, **asignando las sesiones de mi hijo/a a otros alumnos/as que pudieran requerir apoyos** (individuales/grupales o dentro/fuera del aula)

Las sesiones de apoyo a las que renuncia la familia **no podrán ser recuperadas a petición familiar**, salvo que el **Equipo de Orientación y Apoyo / Departamento de Orientación realice una nueva propuesta de sesiones de apoyo** para el desarrollo de ciertas medidas de inclusión educativa que impliquen la necesidad de **PT, AL u otros profesionales**, siempre en función de las necesidades del centro y del alumnado, los profesionales disponibles asignados por la Administración y las prioridades de inclusión educativa para el abordaje de las barreras y potencialidades a nivel global.

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

|                                     |
|-------------------------------------|
| <b>PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL 1</b> |
| <br><br><br><br><br>                |
| <b>Firmado:</b>                     |

|                                     |
|-------------------------------------|
| <b>PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL 2</b> |
| <br><br><br><br><br>                |
| <b>Firmado:</b>                     |

Rellenar en caso de ser firmado únicamente por uno de los padres (en las circunstancias especificadas)

**DECLARO**

Que la autorización para el intercambio de información entre los servicios educativos, sanitarios y sociales al que se adjunta esta declaración está **firmada por uno sólo de los progenitores debido a:**

|                          |                                                                                         |                          |                                   |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Familia monoparental                                                                    | <input type="checkbox"/> | Fallecimiento del otro progenitor |
| <input type="checkbox"/> | Privación al otro progenitor de la patria potestad de los hijos por resolución judicial |                          |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Orden o sentencia de alejamiento u otras medidas cautelares                             |                          |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Imposibilidad material de contactar con el otro progenitor                              |                          |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Otras circunstancias (especificar)                                                      |                          |                                   |