



Eu, Don/Dona ..... con  
DNI ..... comunico que o meu fillo/a .....  
..... alumno/a escolarizado no curso  
..... do CEIP Plurilingüe de Vite asistirá ás sesións terapéuticas fóra do  
centro escolar os días ..... en horario  
....., polo que deberá ausentarse do centro.

Santiago de Compostela, a ..... de ..... de .....

Asdo.:

**PD: É necesario entregar con este documento a acreditación desta intervención por parte do centro ao que acode o/a alumno/a.**