



CONSENTIMENT
REFORÇ EXTRALECTIU_PAM BATX



CASTELLÀ	ENGLISH	MAT1/MAT2	MAT CCSS I/II	MAT PEND	VALENCIÀ C1	FQ
HORARI I AULA:						
PROFESSOR/PROFESSORA DE LA MATÈRIA:						

En/Na..... pare, mare o tutor/a amb

DNI i email:

AUTORITZE / **NO AUTORITZE**

el meu fill/a

del curs: BATXILLERAT i grup:

a participar en el **Reforç Extralectiu del Plà d'Actuacions per a la Millora** amb el compromís de mantindre contacte amb el professorat mitjançant les entrevistes que aquest considere convenients.

Així mateix em compromet també a motivar el meu fill/a perquè continue amb els seus estudis, assistisca al centre amb regularitat, amb una conducta adequada i aprofitament satisfactori.

Conec a través del professorat que l'absència injustificada, la conducta desadaptada i un deficient aprofitament són causes de la baixa de l'alumne/a en aquest Programa.

Les dades personals contingudes en aquest imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes en l'àmbit de les seues competències, podent dirigir-se'n a qualsevol òrgan per a exercitar els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, segons el que es disposa en la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal (BOE núm. 298, de 14 de desembre de 1999)

Aldaia, a de /d' de 20__

Signat:

Remetre una còpia al centre VIA MAIL a la següent adreça de correu:

refuerzos_pam@iesgadea.es

(en l'assumpte, nom de l'alumne i àrea del Reforç)

Entregueu l'original al professor d'àrea