

CONSENTIMIENTO DE VALORACIONES VISUALES

EN ALUMNOS DE ITJ Campus Valle Real

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Nombre del alumno: _____

Nombre y firma del parent o tutor: _____

Autorizo la realización del estudio de valoraciones visuales a mi hijo(a), con la finalidad de descartar un posible problema visual que esté afectando o pueda afectar su futuro desempeño escolar.

CONSENTIMIENTO PARA SOMATOMETRIA

EN ALUMNOS DE ITJ Campus Valle Real

Fecha: _____ Grado y grupo: _____

Nombre del alumno: _____

Nombre y firma del parent o tutor: _____

Autorizo para evaluación de peso y talla de mi hijo con la finalidad de descartar alteraciones del crecimiento que pudiesen afectar su desarrollo.