

**Weber School District**  
**PERMISO PARA DAR TERAPIA INDIVIDUAL Y DEL GRUPO**

Fecha: \_\_\_\_\_

Queridos Padres: En \_\_\_\_\_ ofrecemos una amplia gama de servicios de apoyo a los estudiantes. Nos gustaría ofrecerle a su hijo(a) \_\_\_\_\_ la oportunidad de participar terapia de salud mental en la escuela. Un terapeuta de salud mental está dispuesto a reunirse con su hijo para ayudarlo a resolver algunos problemas y comportamientos. Los problemas/comportamientos en que se concentran serán: \_\_\_\_\_.

El terapeuta puede usar material impreso para ayudar con las discusiones. Si desea revisar este material, está disponible. También puede revisar cualquier registro educativo de su estudiante creado a partir de este terapia.

Las reuniones con el terapeuta se llevarán a cabo dentro de los horarios de la escuela. Se llevará aproximadamente \_\_\_\_\_ sesiones y durante aproximadamente \_\_\_\_\_ minutos cada vez. Necesitamos su permiso para reunirnos con su hijo para discutir los temas anteriores. Por favor firme esta carta de permiso para que el consejero pueda proporcionar este servicio.

Se proponen los siguientes servicios:  Terapia de Grupal  Terapia Individual  
 Monitorear el Comportamiento  Evaluar de Comportamiento

Gracias por tomarse el tiempo de considerar esta solicitud para servir a su hijo.

Sinceramente,

\_\_\_\_\_  
Especialista en Salud Mental

**Seleccione y firme uno**

Mi hijo(a) tiene permiso para participar en asesoramiento de apoyo este año escolar. Renunció a la Ley del Estado de Utah, Sec.53E-9-203, que establece que los padres deben ser notificados al menos dos semanas antes de que el niño participe en el programa de apoyo asesoramiento.

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/guardiano

\_\_\_\_\_  
Fecha

Mi hijo(a) tiene permiso para participar en asesoramiento de apoyo este año escolar, pero no renuncio a las dos semanas notificación. Me pondré en contacto con el consejero escolar para revisar el material dentro del período de dos semanas.

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/guardiano

\_\_\_\_\_  
Fecha

No autorizo la participación de mi hijo en este asesoramiento de apoyo.

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/guardiano

\_\_\_\_\_  
Fecha