ANEXO VII

PRIMERA SOLICITUD DE PERSONAL PARA REALIZAR APOYO EDUCATIVO AL ALUMNADO CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES, Y AL ALUMNADO QUE PRESENTA DISFUNCIONES SOMÁTICAS, DISCAPACIDADES SOMÁTICAS O PROBLEMÁTICA ESPECÍFICA DE SALUD, EN CENTROS DOCENTES PÚBLICOS DE LA CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN (parte común)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO** | | | | | |
| Nombre del centro | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | |
| Código | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | |
| Dirección | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | |
| Localidad | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | |
| Código Postal | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | |
| Teléfono | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | |
| Correo electrónico | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | |
| Disponibilidad en el centro del recurso solicitado | | | | | |
| SI | | | | | NO |
| Número de alumnado atendido: Haga clic aquí para escribir texto. | | | | |
| Número de horas totales de atención: Haga clic aquí para escribir texto. | | | | |
| Compartido  SI  NO | | | |  | |
| Centro con el que se comparte: Haga clic aquí para escribir texto. | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO:** | | | | | | | | |
| Nombre | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | |
| Apellidos | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | |
| CIE | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | |
| Etapa Educativa | | | Elija un elemento. | | | | | |
| Curso | Elija un elemento. | | | | | | | |
| Tiene escolarización combinada  SI  NO | | | | | | | Centro: Haga clic aquí para escribir texto. | |
| Intervención con el alumno/a por parte de Servicios Sociales (especificar fechas e intervenciones) | | | | | | | Haga clic aquí para escribir texto. | |
| Intervención con el alumno por parte de Sanidad (especificar fechas e intervenciones) | | | | | | | Haga clic aquí para escribir texto. | |
| **DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA:** | | | | | | | |
| Informe psicopedagógico | | | | |  | Fecha:Haga clic aquí para escribir una fecha. | |
| Dictamen de escolarización | | | | |  | Fecha:Haga clic aquí para escribir una fecha. | |
| Informe del Equipo/Unidad de conducta | | | | |  | Fecha:Haga clic aquí para escribir una fecha. | |
| Informes del Centro educativo | | | | |  | Fecha:Haga clic aquí para escribir una fecha. | |
| Informes médicos (indicar cuáles) | | | | |  | Haga clic aquí para escribir texto. | |
| Certificado de grado de dependencia | | | | |  | Validez:Haga clic aquí para escribir texto. | |
| Certificado de grado de discapacidad | | | | |  | Validez:Haga clic aquí para escribir texto. | |
| Otra documentación (indicar cuál) | | | | |  | Haga clic aquí para escribir texto. | |