**- Informe Final Individual de Seguimiento -**

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO/A:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre:  | Apellidos: |
| Fecha de nacimiento: | Edad: |
| Curso en el que está escolarizado | Nivel de Competencia Curricular: |

**2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL DOCENTE DE ATENCIÓN EDUCATIVA:**

**🞏 HOSPITALARIA / 🞏 DOMICILIARIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: | Apellidos: |
| Nombre de la entidad a la que pertenece: |
| Puesto de trabajo que ocupa: |
| **CUERPO(1):** | **ESPECIALIDAD(1):** |
| **SITUACIÓN ADMINISTRATIVA(1):** | **NRP(1):** |

1. A consignar únicamente en el caso de que el profesor encargado de la atención educativa domiciliaria preste sus servicios en la Consejería de Educación.

**3. DATOS DE LA ATENCIÓN EDUCATIVA:**

 **🞏 HOSPITALARIA / 🞏 DOMICILIARIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de inicio de la atención: | Fecha de finalización de la atención: |
| Días semanales de atención: | Nº de horas de atención semanal: |
| **Fechas de la coordinación con el tutor/a del alumno/a:** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Fechas de coordinación con otros profesores del centro y con el Servicio de Orientación:** |
| **Profesor/a** | **Fecha** | **Profesor/a** | **Fecha** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Grado de colaboración:**  |
| Del alumno/a: | 🗆 BAJA | 🗆 MEDIA | 🗆 ALTA |
| De la familia del alumno/a: | 🗆 BAJA | 🗆 MEDIA | 🗆 ALTA |

**4. INFORME DE LA ACTUACIÓN EDUCATIVA REALIZADA:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÁREA/MATERIA** | **COMPETENCIAS** | **CONTENIDOS** | **ACTIVIDADES** | **CRITERIOS EVALUACION** | **TEMPORALIZACION** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **VALORACION DEL ALUMNADO ATENDIDO:**

|  |
| --- |
|  |

1. **OBSERVACIONES:**

|  |
| --- |
|  |

1. **PROPUESTAS DE MEJORA:**

|  |
| --- |
|  |

 En, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

Docente de atención educativa:

Fdo.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_