



### SOLICITUD DE INTERVENCIÓN

EQUIPO ESPECÍFICO DE ATENCIÓN  
EDUCATIVA AL ALUMNADO CON DISCAPACIDAD VISUAL

|                                              |                                  |                |                      |
|----------------------------------------------|----------------------------------|----------------|----------------------|
| <b>1. DATOS DEL CENTRO</b>                   |                                  |                |                      |
| Denominación del Centro:                     |                                  |                | Código del Centro:   |
| Domicilio (Calle, Plaza o Avenida y número): |                                  | Código Postal: | Localidad/Municipio: |
| Provincia:                                   | Dirección de correo electrónico: |                | Teléfono:            |
| ORIENTADOR/A DEL CENTRO:                     |                                  |                |                      |

|                                                                                                                                                                                                                                            |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>2. TIPO DE INTERVENCIÓN</b>                                                                                                                                                                                                             |          |
| ALUMNO/A (iniciales):                                                                                                                                                                                                                      | con NIE: |
| <input type="checkbox"/> COORDINACIÓN<br><input type="checkbox"/> ORIENTACIÓN/ASESORAMIENTO<br><input type="checkbox"/> ACTIVIDAD FORMATIVA<br><input type="checkbox"/> RECURSOS HUMANOS y/o MATERIALES<br><input type="checkbox"/> OTRAS: |          |

|                                      |                                                                                                              |                                  |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>3. DATOS BÁSICOS</b>              |                                                                                                              |                                  |
| <u>DATOS DEL ALUMNO/A</u>            |                                                                                                              |                                  |
| Nombre y apellidos:                  |                                                                                                              | Fecha de Nacimiento:             |
| Eta / Curso:                         | PATOLOGÍA VISUAL (Adjuntar un informe oftalmológico ACTUALIZADO en el que consten agudeza y/o campo visual): |                                  |
| <u>DATOS FAMILIARES</u>              |                                                                                                              |                                  |
| Padre / Madre / Representante legal: | Teléfono:                                                                                                    | Dirección de correo electrónico: |
| MOTIVO DE LA DERIVACIÓN:             |                                                                                                              |                                  |



|                                          |
|------------------------------------------|
| <b>4. OBSERVACIONES</b>                  |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |

|                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>5. FECHA Y FIRMA DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO</b>                                                        |
| En _____ a _____ de _____ de _____<br>EL DIRECTOR / DIRECTORA,<br>(Firma y sello del Centro)<br><br>Fdo.: |

|                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6. FECHA Y FIRMA DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE LEGAL</b>                                                                                |
| En _____ a _____ de _____ de _____<br>EL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE LEGAL (1) EL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE LEGAL (2)<br><br>Fdo.- Fdo.- |

Remitir solicitud de intervención debidamente cumplimentada simultáneamente **a las dos direcciones de correo electrónico** abajo indicadas:

A/A. Tamara Ramos: Coordinadora del Equipo Específico de Atención Educativa al Alumnado con Discapacidad Visual  
Telf 956 293 747, correo electrónico: [tra@once.es](mailto:tra@once.es)

A/A. Mercedes Álvarez: Coordinadora del ETPOEP  
Telf 600 16 90 56, correo electrónico: [mercedes.alvarez.edu@juntadeandalucia.es](mailto:mercedes.alvarez.edu@juntadeandalucia.es)