

**SOLICITUD DE INTERVENCIÓN AL EQUIPO ESPECÍFICO DE
 ATENCIÓN AL ALUMNADO CON DISCAPACIDAD VISUAL**

1. FECHA DEMANDA:	
--------------------------	--

2. DATOS DEL CENTRO Y ORIENTADOR/A		
CEIP/IES	LOCALIDAD	TELÉFONO
ORIENTADOR/A	EOE	DEPARTAMENTO

3. DATOS DEL ALUMNO/A			
NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	ETAPA	NIVEL
NOMBRE Y APELLIDOS PADRE/MADRE/REPRESENTANTE LEGAL			TELÉFONO

Imprescindible adjuntar Informe Oftalmológico con agudeza y/o campo visuales

4. MOTIVO DE LA DEMANDA		
Colaboración y asesoramiento en la Evaluación Psicopedagógica y funcional del alumno o alumna		
Colaboración y asesoramiento en la realización del Dictamen de Escolarización		
Asesoramiento sobre técnicas, métodos y recursos apropiados para la acción educativa en el marco escolar y/o familiar		
Asesoramiento en el diseño de Adaptaciones Curriculares		
Solicitud de dotación de material específico		
Información en el ámbito de las NEAE de este alumno o alumna (Características, necesidades, etc.)		
Atención Temprana (en caso de Escuelas Infantiles)		
Otros (Descripción concreta de la demanda)		

5. Otros datos relevantes y observaciones (medidas previas adoptadas, adaptaciones, medicación, contexto familiar, etc.*)	

**Adjuntar cuanta documentación se considere pertinente del alumno o alumna en cuestión o del caso sobre el que consulta o demanda asesoramiento*

6. LUGAR, FECHA, SELLO Y FIRMAS	
En _____ a _____ de _____ de 20 ____	
EL DIRECTOR / LA DIRECTORA	EL ORIENTADOR / LA ORIENTADORA
Fdo.: _____	Fdo.: _____

A CUMPLIMENTAR POR EL EQUIPO ESPECÍFICO					
F-R		F-S		Finalizada	E

