

**SOLICITUD DE COLABORACIÓN EN LA INTERVENCIÓN DEL ALUMNADO
 CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES DERIVADAS DE LIMITACIONES AUDITIVAS**

1.- DATOS DE LA DEMANDA

EOE/Dptº de orientación:		Fecha:	
Orientador/a de referencia :			
EOE	Domicilio:	EOE	Teléfono:
	Localidad:		CP:
Correo electrónico:		Días de atención al centro:	
Motivo de demanda. Asesoramiento para:	<input type="checkbox"/> Evaluación Psicopedagógica		
	<input type="checkbox"/> Adaptaciones curriculares;		
	<input type="checkbox"/> Dictamen de escolarización		
	<input type="checkbox"/> Técnicas, métodos, estrategias y recursos apropiados.		
	<input type="checkbox"/> Programas de actuación		
	<input type="checkbox"/> Seguimiento.		
	<input type="checkbox"/> Asesoramiento Técnico(audífonos ,Implantes, Equipos de FM, etc.)		
	<input type="checkbox"/> Orientación y/o colaboración con familias,		
	<input type="checkbox"/> Asesoramiento socioeducativo.		
	<input type="checkbox"/> Otros:		
<input type="checkbox"/> Si se requiere la intervención de Área de Trabajo Social del EOE Especializado , rellénese el ANEXO adjunto			
En concreto:			

2.-DATOS DEL CENTRO

Centro y código:	
Tutor / a:	
Domicilio:	Teléfono:
Localidad:	CP:

3.-DATOS DEL ALUMNO O ALUMNA

Número de Identificación Escolar:	Nombre y apellidos:
Nombre y apellidos de los tutores legales:	
Domicilio	Telf:
Diagnostico Médico:	
Etapa educativa:	Nivel:
Modalidad escolarización	
ACI:	
Deficiencia auditiva/ Grado:	
¿Implante coclear?	
¿Audífonos?	
¿Cómo se comunica?	
¿Ha sido atendido anteriormente por este EQUIPO? ¿Cuándo, para qué?	

4.- DESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA

Descripción de la demanda: (Explicación de las necesidades que motivan la demanda)

Medidas previas adoptadas desde el EOE/ Dptº de Orientación:	Valoración de la eficacia de las medidas adoptadas:
Alumno/a	
Grupo clase	
Familia	

Apoyos que recibe y con qué frecuencia (dentro y fuera del centro):

Tutor/a	
Profesor/a PT	
Educador/a o Monitor/a	
Orientador/a	
Logopeda	
Médico del EOE	
Salud Mental	
Servicios Sociales	

Documentación existente

Informe Psicopedagógico	
Informe del Servicio de Neurología	
Informes Médicos , ORL.	
Informe audioprotésico:	
Dictamen de	
Certificado de Minusvalía	

Observaciones:

NOTA: Incluye cuanta documentación estimes conveniente

Envía esta solicitud firma y escaneada a: auditivos.dpma.ced@juntadeandalucia.es

EL ORIENTADOR/A:

VºBº EL/LA DIRECTOR/A:

Fdo.: _____

Fdo.: _____



“En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Educación, le informa que la recogida y tratamiento de estos datos tiene como finalidad la gestión administrativa de su solicitud. Si lo desea, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley dirigiéndonos un escrito a: Delegación Provincial de Educación, Avda de la Aurora, 47 (Edificio Admvo. de Servicios Múltiples), 29071-MÁLAGA Ref. Protección de Datos”

ANEXO: Área de Trabajo Social del EOE Especializado: ASPECTOS SOCIOFAMILIARES

¿Conoce a la familia? En caso afirmativo, indique a qué familiares
Observaciones sobre la familia
Explique las características del entorno del/la alumnos/a
Explique cómo son las relaciones entre la familia y el centro educativo
¿Están interviniendo o lo han hecho alguno de estos profesionales externos, Servicios Sociales, Servicio de Protección de Menores, Equipo de Tratamiento Familiar, Asociaciones, ONGs, etc.?. En caso afirmativo, indique cuales, nombre y tfno. de contacto de los/as profesionales:
¿Cómo es la colaboración entre estos profesionales externos y el centro educativo?

