**SOLICITUD DE COLABORACIÓN EN LA INTERVENCIÓN DEL ALUMNADO**

**CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES DERIVADAS DE LA LIMITACIÓN EN LA MOVILIDAD**

**1.- DATOS DE LA DEMANDA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Quien hace la demanda:**  | **Fecha:** |  |
| **Orientador/a de referencia del centro:** |
| **EOE** | **Domicilio:** | EOE | Teléfono: |
| **Localidad:** | **CP:** |
| **Correo electrónico:** | **Días de atención al centro:** |
| **Motivo de demanda****Asesoramiento para:** | * Adaptación de mobiliario
* Adaptaciones curriculares;
* Ayudas para la manipulación
* Accesibilidad del centro
* Necesidad de ayudas técnicas, métodos, estrategias y recursos apropiados.
* Acceso al Ordenador
* Comunicación Aumentativa
* Dictamen de Escolarización
* Evaluación Psicopedagógica
* Seguimiento.
* Orientación y/o colaboración con familias, asociaciones y otros profesionales
* Otros:
 |
| * Si se requiere la intervención de **Área de Trabajo Social del EOE Especializado**, rellénese el **ANEXO** adjunto
 |
| **En concreto:**  |

**2.-DATOS DEL CENTRO**

|  |
| --- |
| **Centro:** |
| **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 clínico:** |
| **Etapa educativa:** | **Nivel:** |
| **Modalidad escolarización:** |
| **ACI:** |
| **¿Cómo se desplaza?** |
| **¿Cómo se comunica?** |
| **¿Ha sido atendido anteriormente por este EQUIPO? ¿Cuándo, para qué?**  |

**4.-INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tecnología de apoyo que dispone y utiliza:** |  |
| Mobiliario adaptado |  |
| Para el control postural y movilidad |  |
| Comunicación aumentativa |  |
| Acceso al ordenador |  |
| **Apoyos que recibe y con qué frecuencia (dentro y fuera del centro):**  |
| Tutor/a |  |
| Profesor@ PT |  |
| Educador@ o Monitor@ |  |
| Orientador/a |  |
| Logopeda |  |
| Médico del EOE |  |
| Fisioterapeuta |  |
| Otros: |  |
| **Documentación existente** |  |
| Informe Psicopedagógico  |  |
| Informe del Servicio de Neurología |  |
| Informe del Servicio de Rehabilitación |  |
| Otros:  |  |
| Dictamen de Escolarización (modalidad) |  |
| Certificado de Minusvalía |  |
| **Observaciones:**  |

### NOTA: Incluye cuanta documentación estimes conveniente

Envía esta solicitud firma y escaneada a: motoricos.dpma.ced@juntadeandalucia.es/motoricos2.dpma.ced@juntadeandalucia.es

###

###  EL ORIETNADOR/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 Administrativo 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? |