**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](mailto:motoricos.dpma.ced@juntadeandalucia.es)/[motoricos2.dpma.ced@juntadeandalucia.es](mailto: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? |