

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
	Localidad:	CP:
Correo electrónico:		Días de atención al centro:
Motivo de demanda Asesoramiento para:	<input type="checkbox"/> Adaptación de mobiliario <input type="checkbox"/> Adaptaciones curriculares; <input type="checkbox"/> Ayudas para la manipulación <input type="checkbox"/> Accesibilidad del centro <input type="checkbox"/> Necesidad de ayudas técnicas, métodos, estrategias y recursos apropiados. <input type="checkbox"/> Acceso al Ordenador <input type="checkbox"/> Comunicación Aumentativa <input type="checkbox"/> Dictamen de Escolarización <input type="checkbox"/> Evaluación Psicopedagógica <input type="checkbox"/> Seguimiento. <input type="checkbox"/> Orientación y/o colaboración con familias, asociaciones y otros profesionales <input type="checkbox"/> Otros:	
<input type="checkbox"/> Si se requiere la intervención de Área de Trabajo Social del EOE Especializado, rellénesse 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 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 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?

