

**ACTA DE REUNIÓN DE COORDINACIÓN**

EOE/Centro Educativo		CAIT	
----------------------	--	------	--

Fecha		Lugar	
-------	--	-------	--

MOTIVO DE LA COORDINACIÓN	1	
	2	
	3	

PROFESIONALES ASISTENTES					
CAIT (Perfil Profesional)			EOE/EO (Perfil Profesional)		
Psicólogo/a			Orientador/a		
Logopeda			Médico		
Fisioterapeuta			Otros		

ALUMNADO OBJETO DE LA COORDINACIÓN			
Identificación	Fecha nacimiento	Centro Educativo	MEDIDAS/ACTUACIONES ESPECÍFICAS Y/O CONJUNTAS PLANIFICADAS

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.:  
Por el EOE/Centro Educativo

Fdo.:  
Por el CAIT

