

**SOLICITUD DE INTERVENCIÓN DEL EOE ESPECIALIZADO
 PARA NUEVA ESCOLARIZACIÓN**

1. FECHA DEMANDA:						
ÁREA SOLICITADA	Discapacidad Auditiva		Discapacidad Motórica	AACII	Atención Temprana	
	Trastornos Graves Conducta		Dificultades aprendizaje	TEA	TEL	

2. DATOS DEL CENTRO Y ORIENTADOR/A			
Centro Educativo donde se ha realizado la preinscripción:	Localidad:	Teléfono:	
Orientador/a:	EOE	Departamento	

3. DATOS DEL ALUMNO/A		
Nombre y Apellidos:	Fecha Nacimiento:	
Nombre y Apellidos Padre/Madre/Representante Legal:	Teléfono:	

4. MOTIVO DE LA DEMANDA	
Colaboración en el proceso de evaluación psicopedagógica y/o de elaboración del dictamen de escolarización	
Asesoramiento en la propuesta de atención educativa	
Colaboración y coordinación con otras Administraciones, instituciones y entidades implicadas en la atención integral al alumnado	
Valoración de la necesidad de recursos materiales específicos (ayudas técnicas)	
Otros (especificar):	

5. DESCRIPCIÓN BREVE DEL MOTIVO DE LA DEMANDA	

6. LUGAR, FECHA, SELLO Y FIRMAS		
En _____, a ____ de _____ de 20 ____		
El Director / La Directora	El Orientador / La Orientadora	
Fdo.: _____	Fdo.: _____	

Área Auditiva: 671535860 (Corporativo: 635860)
 Área TGC: 600141906 (Corporativo: 641906)
 Área DIA: 600141910 (Corporativo: 641910)
 Área AT: 600141893 (Corporativo)

Área AACII: 671539157 (Corporativo: 639157)
 Área Motora: 600141905 (Corporativo: 641905)
 Área TEA: 600143150 (Corporativo: 643150)
 Área TEL: 616948515 (Corporativo: 662495)

INFORMACIÓN AL PADRE, MADRE O REPRESENTANTE LEGAL PARA LA INTERVENCIÓN DEL ORIENTADOR/A ESPECIALISTA

1. DATOS DEL ALUMNO O ALUMNA			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
DIRECCIÓN:		FECHA DE NACIMIENTO:	HOMBRE MUJER
C.P.:	LOCALIDAD:	PROVINCIA:	
CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO:		TELÉFONOS DE CONTACTO:	

2. DATOS DEL PADRE, MADRE O REPRESENTANTES LEGALES	
APELLIDOS Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE O GUARDADOR LEGAL 1 (con quien conviva el alumno/a y tenga atribuida su guarda y custodia):	
	DNI:
APELLIDOS Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE O GUARDADOR LEGAL 2:	
	DNI:

3. EXPONE Y DECLARA	
EXPONE QUE DURANTE EL CURSO ACTUAL MI HIJO O HIJA HA SOLICITADO SEA MATRICULADO/A EN EL CENTRO (Denominación):	
LOCALIDAD:	PROVINCIA:
DECLARA QUE HA SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO/A SOBRE: <ul style="list-style-type: none"> LA NECESIDAD DE REALIZACIÓN DE UNA VALORACIÓN A SU HIJO O HIJA, PUDIENDO UTILIZAR DIFERENTES PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN. LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROCEDIMIENTO Y NECESIDADES DE SU COLABORACIÓN. LA INTERVENCIÓN DEL ORIENTADOR U ORIENTADORA ESPECIALISTA. EL TRASPASO DE INFORMACIÓN ENTRE ESTE PROFESIONAL Y AQUELLOS QUE TAMBIÉN, ESTÉN INTERVINIENDO O VAYAN A INTERVENIR CON MI HIJO O HIJA (ADMINISTRACIONES PÚBLICAS / ENTIDADES PRIVADAS), CON EL OBJETIVO DE COORDINAR LAS ACTUACIONES EN SU PROPIO BENEFICIO. 	

4. DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA	
La persona abajo firmante DECLARA, bajo su responsabilidad, que son ciertos los datos que figuran en la presente.	
En _____, a _____ de _____ de 20 _____	
EL / LA REPRESENTANTE O GUARDADOR LEGAL 1 (con quien conviva el alumno/a y tenga atribuida su guarda y custodia)	
Fdo.: _____	

La información reflejada en el presente documento es confidencial, nunca debe ser utilizada fuera del marco para la que ha sido recabada y no podrá usarse en contra de los legítimos intereses del alumno/a y de su padre, madre o representantes legales.