



PROGRAMA DE ATENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARIA
INFORME MÉDICO

El/La Doctor/a _____

con Número de Colegiado _____ y ejercicio en _____

INFORMA QUE:

el paciente _____

que está siendo atendido en el Servicio de _____

del Centro de Salud, Hospital _____,

no podrá asistir a su centro educativo durante un tiempo previsible de _____ días

por motivos de (justificar motivos de enfermedad, convalecencia...):

Lo que se justifica a los efectos de que pueda ser incluido en el programa de atención educativa domiciliaria.

(FIRMA Y SELLO)

En _____ a _____ de _____ 201_____

(En caso de convalecencias superiores a 2 meses, el Servicio de Ordenación Educativa y Atención a la Diversidad podrá requerir nuevo Anexo II actualizado cada mes)