

PROGRAMA DE ATENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARIA

SOLICITUD DE LA FAMILIA DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA DE APOYO EDUCATIVO DOMICILIARIO

D/Dña: (nombre del padre/madre o tutor)

Con domicilio en la calle/avenida/plaza Número..... Piso.....

Código Postal..... Localidad.....

Teléfonos de contacto.....

Nombre del alumno.....

Fecha de Nacimiento del alumno

Centro en el que está escolarizado

Curso, Grupo

Dirección del Centro

Nombre del Tutor

JUSTIFICA con el correspondiente informe médico la imposibilidad de su hijo/a para asistir con regularidad a las clases en su Centro Escolar por un periodo superior a 30 días y

SOLICITA que se incluya al alumno en el Programa de Atención Educativa Domiciliaria durante el período de convalecencia, que, de acuerdo con el informe médico, puede prolongarse durante días.

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

COMPROMETIÉNDOSE A:

1. Respetar el horario acordado, avisando con la suficiente antelación cuando por causas debidamente justificadas, el alumno no pueda recibir el apoyo.
2. Asegurar la permanencia de algún familiar mayor de edad en el domicilio durante dicho horario.
3. Proporcionar un lugar y condiciones adecuados en el domicilio para llevar a cabo el trabajo docente.

(Firma)

En.....a.....de.....201.....