**(ANEXO IV)**

**SOLICITUD DE ATENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARIA**

***(Versión para imprimir y rellenar a mano)***

El/la Doctor/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº de colegiado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ informa que el paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

que está siendo atendido en el Servicio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Centro Sanitario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO podrá asistir a su centro docente en un:

[ ]  Tiempo continuado previsible de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ días.

[ ]  Tiempo intermitente por periodos de \_\_\_\_\_ días, con una previsión de duración durante \_\_\_\_\_\_\_\_ meses mínimo.

Por (describir las razones médicas):

lo que se justifica a los efectos de la atención educativa del alumno/a, a través Atención Educativa Domiciliaria.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a **\_\_\_\_** de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** de **\_\_\_\_\_\_\_**

Fdo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(SELLO)**

***En el caso de alumnos que reciban tratamiento desde el Servicio de Salud Mental, o que presenten enfermedades infectocontagiosas, el informe médico deberá ir acompañado de orientaciones con medidas de tipo preventivo y pautas de actuación para el personal de la atención educativa domiciliaria, si procede.***

**Servicio de Atención a la Diversidad**

**Subdirección General de Innovación y Atención a la diversidad**

**Dirección General de Formación Profesional e Innovación**

**Consejería de Educación. CARM**