**ANEXO VIII**

**INFORME EDUCATIVO DEL CENTRO PARA LA ATENCIÓN EDUCATIVA HOSPITALARIA O DOMICILIARIA.**

escolarizado/a en el Centro IES Santa María de los Baños,

**(Marcar lo que proceda)**

Atención educativa hospitalaria

Atención educativa domiciliaria:

Ha solicitado ser atendido en atención educativa domiciliaria.

Para poder continuar, en la medida de lo posible, con su proceso educativo y en cumplimiento de lo establecido en la Orden que regula la Atención Educativa Domiciliaria, se adjunta la programación que se está siguiendo en clase y las orientaciones que se consideran necesarias.

Fortuna, a dede

|  |  |
| --- | --- |
| Vº Bº  Fdo: | Fdo: |

**ANEXO VIII *(continuación)***

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del centro: **IES SANTA MARÍA DE LOS BAÑOS** | | | Código: **30011971** |
| Dirección: **Paraje de las Jumillicas, s/n** | | | |
| Localidad: **Fortuna 30620** | | Provincia: **Murcia** | |
| Teléfono: **968686070** | Correo electrónico: **30011971@murciaeduca.es** | | |

**2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO/A:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | Apellidos: | | | |
| Fecha de nacimiento: dede | | | | Edad: |
| Dirección: | | | | |
| Localidad: | | | Provincia: | |
| Teléfono de contacto (\*):**,      ,** | | | | |
| Nombre del progenitor 1 o tutor/a legal: | | | | |
| Nombre del progenitor 2 o tutor/a legal: | | | | |
| Fecha de escolarización en el centro: dede | | | | |
| Curso: | | Nivel curricular: | | |

(\*) Se indicará número de teléfono móvil del padre y de la madre si existiera.

**3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TUTOR/A DEL ALUMNO/A:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: | Apellidos: |
| Grupo del que es tutor/a: | |
| Día y hora previstos para la coordinación con el personal de atención domiciliaria:  , desde las **:** hasta las **:** | |

**4. OTROS PROFESIONALES QUE INTERVIENEN CON EL ALUMNO/A *(sólo en el caso de alumnado con necesidad específica de apoyo educativo):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Profesional | Nombre | Apellidos |
| Orientador/a |  |  |
| PT Servicios a la Comunidad |  |  |
| Maestro/a de PT |  |  |
| Maestro/a de AL |  |  |
| Maestro/a de EC |  |  |
| ATE |  |  |
| Fisioterapeuta |  |  |
| Enfermero/a |  |  |

**5. HISTORIA ESCOLAR:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Curso académico** | **Centro** | **Etapa y nivel educativo** | **Medidas educativas**  **(refuerzo, adaptación curricular, modalidad de escolarización, cambio de centro…)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**6. CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL *(señalar solamente aquellos datos relevantes para la atención educativa hospitalaria y/o domiciliaria):***

|  |
| --- |
| **Contexto familiar:** |
| **Contexto social:** |

**7. NIVEL DE COMPETENCIA CURRICULAR:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Área / Materia** | **Bloques de contenidos** | **Nivel de competencia curricular** |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**8. PROPUESTA CURRICULAR ADAPTADA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Área / Materia** | **Libro de Texto** | **Materiales curriculares recomendados** | **Contenidos fundamentales que deberán trabajarse con el alumno/a** |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |
|  |

Fortuna, a dede

|  |  |
| --- | --- |
| Vº Bº  Fdo: | Fdo: |

(Sello del Centro)