**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)