

ANEXO I

SOLICITUD DE ATENCIÓN EDUCATIVA HOSPITALARIA

D/Dña..... DNI

y con domicilio en

Localidad..... CP teléfono,
como padre/madre o tutor/a legal (subrayar lo que proceda) del alumno/a:

.....
con fecha de nacimiento....., escolarizado/a en el
centro Tfno de la localidad
en:

- Educación Infantil: curso
- Educación Primaria: curso
- Educación Secundaria: curso

SOLICITA Atención Educativa Hospitalaria durante el periodo de tiempo de su hospitalización.

Para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente.

En, a de de 20....

Fdo.:

SR. DIRECTOR GENERAL DE ORDENACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA

Los datos de esta solicitud quedarán recogidos en el Fichero informático HOSPITALARIA Y DOMICILIARIA-CANTABRIA, para su gestión por el Programa de Atención Hospitalaria y Domiciliaria de la Consejería de Educación. En virtud de lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el solicitante podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Dirección General de Coordinación y Política Educativa de la Consejería de Educación de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

ANEXO II

SOLICITUD DE ATENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARIA

D/Dña..... DNI

y con domicilio en

Localidad..... CP teléfono

como padre/madre o tutor/a legal (subrayar lo que proceda) del alumno/a:

.....

con fecha de nacimiento....., escolarizado/a en el
centro Tfno de la localidad

en:

- Educación Infantil: curso
- Educación Primaria: curso
- Educación Secundaria: curso

JUSTIFICA, por medio del correspondiente informe médico, la imposibilidad de su hijo/a para asistir con regularidad a las clases en su centro escolar. Transcurridos 3 meses, será necesario presentar un nuevo informe médico que certifique la imposibilidad del alumno/a de poder acudir al centro escolar.

Y SOLICITA el Programa de Atención Educativa Domiciliaria durante el periodo de tiempo de su convalecencia, **COMPROMETIÉNDOSE** a:

- Acordar y respetar un horario con el profesorado del Programa.**
- La permanencia de algún familiar mayor de edad en el domicilio durante dicho horario.**
- La disposición o habilitación de un lugar adecuado en el domicilio para realizar el trabajo de docencia directa.**

En, ade..... de 20.....

Fdo.

SR. DIRECTOR GENERAL DE ORDENACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA

Los datos de esta solicitud quedarán recogidos en el Fichero informático HOSPITALARIA Y DOMICILIARIA-CANTABRIA, para su gestión por el Programa de Atención Hospitalaria y Domiciliaria de la Consejería de Educación. En virtud de lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el solicitante podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Dirección General de Coordinación y Política Educativa de la Consejería de Educación de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

**INFORME MÉDICO PARA LA SOLICITUD DE ATENCIÓN EDUCATIVA
DOMICILIARIA**

Don/Dña. como facultativo médico

Informa que el/la paciente

Está siendo atendido/a en el Servicio de

Del Hospital

No podrá asistir a su centro educativo en un tiempo previsible de:

.....

Circunstancias relevantes para la atención educativa que deba conocer el profesorado:

.....

.....

En....., a de..... de 20.....

Fdo.

Nº de colegiado/a

SELLO

ANEXO IV

PERSONA ADULTA RESPONSABLE DEL ALUMNO/A QUE PERMANECE EN EL DOMICILIO DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARIA

D/Dña..... DNI

como padre/madre o tutor/a legal (subrayar lo que proceda) del alumno/a:

.....

y con domicilio en

Localidad..... CP teléfono

Permanecerá en el domicilio SI NO

A RELLENAR EN EL CASO DE NO PERMANECER NINGUNO DE LOS PADRES

Ante la imposibilidad de permanecer en el domicilio familiar durante la prestación del servicio de atención educativa domiciliaria, delego en:

D./Dñaⁱ
mayor de edad y con N.I.F. como responsable de mi hijo/a
ante cualquier circunstancia que pueda acontecer.

En, a de de 20.....

Firmado:

SR. DIRECTOR GENERAL DE ORDENACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA

ⁱ La persona designada deberá ser mayor de edad y permanecerá en el domicilio el tiempo de la atención educativa domiciliaria

ANEXO V

**PLAN DE TRABAJO INDIVIDUAL DEL CENTRO DE REFERENCIA
DEL ALUMNO/A PARA EL CENTRO DE ATENCIÓN EDUCATIVA
HOSPITALARIA Y DOMICILIARIA**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del centro

Localidad CPTeléfono

E-mail Página web

Nombre y apellidos del alumno/a

Fecha de nacimiento Domicilio

.Localidad CP teléfono

Curso en el que está escolarizado/a:

Nombre y apellidos del tutor/a

Día y hora previstos para la coordinación con el profesorado de Atención Hospitalaria/Domiciliaria:

.....

2. DATOS RELEVANTES DE CARÁCTER PERSONAL, FAMILIAR Y SOCIAL SOBRE EL ALUMNO/A:



GOBIERNO
de
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN,
CULTURA Y DEPORTE

3. PLAN DE TRABAJO INDIVIDUAL

ÁREA/MATERIA	OBJETIVOS	CONTENIDOS	PROPUESTA DE ACTIVIDADES



GOBIERNO
de
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN,
CULTURA Y DEPORTE

4. OTRAS OBSERVACIONES DE INTERÉS

En.....a,dede 20...

Vº Bº

EL/LA TUTOR/A

EL JEFE/A DE ESTUDIOS

Fdo:

Fdo:

SELLO DEL CENTRO

**INFORME FINAL DEL PROFESORADO DE ATENCIÓN EDUCATIVA
DOMICILIARIA PARA LA UNIDAD TÉCNICA DE ORIENTACIÓN Y
ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD**

Profesor / a:

Alumno / a:

Centro de referencia:

Curso en el que está escolarizado / a :

Fecha de inicio del servicio: Finalización:

Total de días de atención:

Horario de atención y áreas o materias impartidos:

.....

Fechas de contacto con el coordinador del Programa del centro de referencia y grado de colaboración:

.....

Actitud del alumno/a: COLABORADORA PASIVA

Actitud de la familia: COLABORADORA PASIVA

Observaciones:

En, a de de 20.....

El / la profesor/a del Programa

Fdo.: