ANEXO III.
INFORME MÉDICO INICIAL

*** Las casillas que contengan este asterisco deberán estar cumplimentadas ya que la información aportada es imprescindible para la valoración del caso. En caso de no estar cumplimentado, el informe no será valorado en la comisión.**

El/la médico/a* .....

Número de colegiado*.....

Informa que el/la paciente* .....

que está siendo atendido/a en el Servicio de* .....

Centro Sanitario* .....

Se recomienda la siguiente Atención Educativa (siempre bajo prescripción sanitaria):

□Atención Educativa en el DOMICILIO (el alumno/a no puede acudir al centro educativo debido a su proceso de enfermedad y/o convalecencia. La atención domiciliaria será entre 4-8 horas semanales como máximo según etapa educativa).

TIEMPO ESTIMADO*: no podrá asistir a su Centro Educativo en un tiempo previsible de* ..... (semanas, meses, días...)

Razones que justifican la situación del alumno/a que hará que no pueda acudir a su centro educativo (describir las razones médicas) *:

Circunstancias relevantes para la Atención Educativa que deba conocer el profesorado del Programa de Atención Educativa Domiciliaria*:

Lo que se justifica a los efectos de que pueda ser incluido/a en el Programa de Atención Educativa Domiciliaria.

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

Firmado (profesional sanitario/a)*:

Sello*:

A/A DIRECCIÓN DEL CENTRO