

**ANEXO III**  
**INFORME MÉDICO**

El/la doctor/a .....

Número de colegiación .....

Informa que el/la paciente .....

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

del Centro Sanitario .....

no podrá asistir a su Centro Educativo en un tiempo previsible de .....

Se recomienda la siguiente Atención Educativa:

Atención Educativa COMPLETA en el DOMICILIO

Atención Educativa COMBINADA entre el DOMICILIO y el CENTRO EDUCATIVO

- Por facilitar la reincorporación progresiva a su Centro
- Por enfermedad crónica que conlleva bajas intermitentes

Concretar en la medida de lo posible el número de sesiones/días semanales a los que va a poder asistir al centro educativo previsiblemente.....

Por (describir las razones médicas):

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

Alumnado atendido por Salud Mental:

Acude a las sesiones prescritas: SI  NO

Sigue las instrucciones o recomendaciones: SI  NO

Se recomienda la incorporación paulatina al centro: SI  NO

Concreción de la incorporación al centro:

**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:

Sello

A/A DIRECCIÓN DEL CENTRO