**ANEXO IV**

**INFORME INICIAL DE SITUACIÓN ESCOLAR DEL ALUMNO/ A**

**(A rellenar por el tutor/a y director/a del centro educativo)**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del centro: | |
| Dirección: | |
| Localidad: | |
| Correo electrónico: | Teléfono: |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre: | Apellidos: | |
| Fecha de nacimiento: | | |
| Dirección: | | |
| Localidad: | | |
| Teléfono de contacto (\*): | | |
| Correo electrónico (\*): | | |
| Nombre del padre o tutor legal: | | |
| Nombre de la madre o tutora legal: | | |
| Etapa: | | Curso: |
| Modelo lingüístico: | | Programa (PAI, PAL, PAF, …) |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: | Apellidos: |
| Grupo del que es tutor/a: | |
| Día y hora propuestos para la coordinación con el personal de atención domiciliaria: | |

**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 |  |  |
| Maestro/a de PT |  |  |
| Maestro/a de AL |  |  |

**5. NIVEL DE COMPETENCIA CURRICULAR:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Área/asignatura** | **Nivel de competencia curricular** *(señalar si el alumno/a tiene algún PRE, RE, ACI, ACA, ….)* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**6. ÁREAS / ASIGNATURAS PENDIENTES DE OTROS CURSOS:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Área / asignatura** | **Curso** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**7. INFORMACIÓN RELEVANTE DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ALUMNO/A (SOCIAL / FAMILIAR / PERSONAL / EMOCIONAL...)**

|  |
| --- |
|  |

**8.EN LOS CASOS DE ALUMNADO ATENDIDO POR SALUD MENTAL, EL CENTRO EDUCATIVO ESTÁ EN CONTACTO CON EL REFERENTE SANITARIO PARA EL DISEÑO DEL PLAN DE REINCORPORACIÓN**

**SI NO**

**Justificar:**

|  |
| --- |
|  |

**9. PROPUESTA DE PROFESORADO DEL CENTRO QUE PUEDE ASUMIR LA DOCENCIA POR TENER CONTRATO A TIEMPO PARCIAL (A cumplimentar por el Equipo Directivo de los centros educativos públicos)**

**Se podrá ampliar la jornada a profesorado contratado a jornada parcial con vacante en aquellos casos que la Atención Educativa Domiciliaria no pueda ser asumida por personal adscrito al Programa de Atención educativa Domiciliaria y la duración de la convalecencia, de acuerdo a lo fijado en el informe médico, vaya a abarcar todo el curso escolar.**

**El horario de las sesiones de Atención Educativa Domiciliaria podrá ser en horario de mañana y/o de tarde y se adaptará a las circunstancias de salud de la alumna o alumno.**

**No existe ningún docente disponible para impartir la Atención educativa Domiciliaria.**

**Se propone a la siguiente persona/as para impartir la Atención educativa Domiciliaria[[1]](#footnote-1).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Apellidos** | **Especialidad/Habilitación** | **Dirección de correo electrónico** | **Horario en el que puede atender y distribución** |
|  |  |  |  | **Nº horas disponibles**  **L:**  **M:**  **X:**  **J:**  **V:** |

**En ..................................... a ................ de .............................................de 20......**

**Fdo. : Fdo. :**

**El/la director/a del centro El/la tutor/a:**

**SELLO:**

**Desde el centro educativo verificamos que el tipo de contrato de la persona propuesta admite una ampliación de horas en su contrato después de haberlo consultado al servicio de gestión de personal temporal.**

1. **Desde el centro educativo verificamos que el tipo de contrato de la persona propuesta admite una ampliación de horas en su contrato después de haberlo consultado al servicio de gestión de personal temporal.**  [↑](#footnote-ref-1)