

ANEXO I

SOLICITUD DEL SERVICIO DE APOYO EDUCATIVO DOMICILIARIO

DATOS DEL/DE LA ALUMNO/A

Apellidos: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Centro: _____

Curso y etapa en el que se encuentra escolarizado/a: _____

DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A

Nombre y apellidos: _____

Domicilio: _____

Localidad/Distrito: _____ CP: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

SOLICITAN que le sea concedido el Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario durante el periodo de convalecencia de su hijo/a.

JUSTIFICAN por medio del correspondiente informe médico la imposibilidad de su hijo/a para asistir con regularidad a las clases en su centro educativo.

AUTORIZAN, en el caso del alumnado con trastornos de salud mental, que el profesorado que atiende a su hijo/a se coordine, si fuera necesario, con el médico especialista de referencia.

SE COMPROMETEN A:

1. Respetar el horario acordado con el Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario, avisando con la suficiente antelación cuando, por causas debidamente justificadas, el/la alumno/a no pueda recibir el apoyo educativo.
2. Asegurar la permanencia de algún familiar, mayor de edad, en el domicilio durante dicho horario.
3. Proporcionar un lugar y condiciones adecuados en el domicilio para el trabajo de docencia directa.
4. Realizar el seguimiento de las actividades educativas de su hijo/a, siguiendo las indicaciones del profesorado del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario, velando por el aprovechamiento de la atención educativa.
5. Facilitar la reincorporación del/de la alumno/a al centro educativo en cuanto sea posible.

El incumplimiento de los compromisos adquiridos será causa de suspensión del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario.

_____, a ____ de _____ de 20____

El padre/madre/tutor/a legal

Fdo.: _____

ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A DEL ÁREA TERRITORIAL DE MADRID- _____