

ANEXO V

COMUNICACIÓN AL CENTRO EDUCATIVO DE REFERENCIA DE LA CONCESIÓN DEL SAED

DATOS DEL/DE LA ALUMNO/A
Apellidos: _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Centro: _____
Curso y etapa en el que se encuentra escolarizado/a: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ Tel.: _____
Tiempo previsto de atención domiciliaria: _____

Le comunico que la solicitud del/de la alumno/a de referencia, respecto a la prestación del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario, ha sido estimada favorablemente.

Le ruego facilite la coordinación y la información necesarias para dar continuidad al proceso educativo de acuerdo con las *Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil, Primaria y Secundaria para el funcionamiento del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario*.

Profesorado del SAED asignado y horarios lectivos:

Nombre y apellidos: _____

Horario: _____

Nombre y apellidos: _____

Horario: _____

Este profesorado se encuentra adscrito al Centro Educativo/Aula Hospitalaria: _____

_____ Localidad _____

Dirección _____

Teléfonos _____ Correo electrónico _____

_____, a _____ de _____ de 20____

El/la responsable del SAED

Fdo.: _____