

ANEXO I

SOLICITUD DEL SERVICIO DE APOYO EDUCATIVO DOMICILIARIO

DATOS DEL ALUMNO

Apellidos: _____ Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
Centro: _____ Localidad: _____
Curso y etapa en el que se encuentra escolarizado: _____

DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR

Nombre y apellidos: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ CP: _____
Correo electrónico: _____ Teléfonos: _____

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

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

AUTORIZAN, en el caso de los alumnos con trastornos de salud mental, que los profesores que atienden a su hijo se coordinen, 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 alumno 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, siguiendo las indicaciones de los profesores del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario.
5. Facilitar la reincorporación del alumno 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 legal

Fdo.: _____

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