



## COMUNICACIÓN DE EXISTENCIA DE CASO DE TRASTORNO GRAVE DE CONDUCTA

CENTRO			
DIRECCIÓN			
E-MAIL		TELÉFONO	
EOEP /DO		Persona de contacto	
FECHA			

MOTIVO DE LA SOLICITUD			
Alumno			Curso
Fecha Nac del alumno		Ratio aula	
Apoyos que recibe		Repeticiones	
Informes de salud		Categoría ATDI	

Medidas llevadas a cabo para atender las necesidades del alumno/a



**DESCRIPCIÓN DEL ASESORAMIENTO O INTERVENCIÓN QUE SE SOLICITA**

Salamanca \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_

Firmado: \_\_\_\_\_