|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE INTERVENCIÓN**  **DE LA UNIDAD DE CONDUCTA DE ÁVILA** |

Esta hoja de solicitud deberá ser firmada, sellada y remitida vía telemática por el director/a del Centro Educativo al Área de Programas Educativos de la Dirección Provincial de Ávila

**Fecha de cumplimentación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Curso Escolar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\* SOLO CUANDO SE SOLICITE DESDE LA UCA SE ENVIARÁ POR CORREO ELECTRÓNICO COPIA DE:**

(1) Informe psicopedagógico / dictamen de escolarización

(2) Informes médicos, sociales, educativos… actualizados

(3) Horario del grupo y de los apoyos específicos del alumno/a

(4) Documento Individual de la Adaptación Curricular

(5) Último Boletín de Calificaciones

*Esta información será requerida a los centros educativos sólo en aquellos casos en los que la Unidad de Conducta de Ávila considere necesario contar con el soporte digital / físico de esta documentación para analizarla e incorporarla a los expedientes del alumnado atendido por la misma. Esta información se podrá solicitar y revisar en cualquier momento en los propios centros, cuya guarda y custodia corresponde a los mismos.*

*La autorización de las familias facilita el intercambio informado, consentido y confidencial de estos documentos a través de los mails de educacyl.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO** | | | |
| **🞏 EDUCACIÓN INFANTIL** | | | |
|  |  | | |
| **❑ EDUCACIÓN PRIMARIA** | | | |
|  |  | | |
|  | | | |
| **🞏 EDUCACIÓN SECUNDARIA** | | | |
|  |  | | |
|  | | | |
| Dirección: | | Código |  |
| Población: | | C. Postal |  |
| Teléfono: | | Correo electrónico: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Persona de contacto (indicar cargo o función que desempeña): |  |
| Nombre del tutor/a y **correo educacyl** |  |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL DO / EOEP:** | |
| Dirección: | |
| Orientador/a que realiza la Solicitud de Intervención: |  |
| Teléfono: | Correo electrónico: |
| |  | | --- | | **Profesionales que han participado en la cumplimentación de la solicitud** | | |
| *Nombre y apellidos* | *Especialidad* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO/A:** | | | | | | | | **DEL ALUMNO/A:** | | | | | | | | Nombre |  | Sexo | | |  | | | Apellidos |  | | | | | | | F. nacimiento |  | | Edad |  | | | | Nº hermanos |  | | Lugar que ocupa |  | | | | Padre/tutor legal |  | | | | | | | Madre/tutora legal |  | | | | | | | Domicilio |  | | | | | | | Localidad |  | | C. Postal | | |  | | Provincia |  | | Teléfono/s | | |  | | Etapa educativa |  | | Curso: | | | |  |  | | --- | | **CATEGORIZACIÓN** | | **A efectos operativos, en la cumplimentación de este apartado, se utilizará la clasificación establecida para el fichero de la aplicación informática ATDI.** | | |  |  | | --- | --- | | **Grupo principal\*:** | | | *Tipología*: | | *Categoría*: | | **Grupo secundario:** | | | *Tipología*: | | *Categoría*: |  |  |  | | --- | --- | | **OBSERVACIONES** | | |  |   \* Para ACNEE indicar todas las tipologías/categorías | | |

**INTERVENCIÓN QUE SE SOLICITA (marcar la que corresponda):**

|  |
| --- |
| **❑ ASESORAMIENTO** |
|  |
|  |
| **🞏 DERIVACIÓN** |
|  |
|  |
| **Otras demandas / propuestas** |
|  |

**DESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA**

|  |
| --- |
| **¿Qué es lo que más os preocupa de la situación y/o del alumno/a?** |
|  |
| **Conductas alteradas** |
| |  |  | | --- | --- | | *Descripción detallada* |  | | *Duración, frecuencia e intensidad* |  | | *Efectos en el alumno/a y en su entorno* |  | |
|  |
| **¿Cuáles son las principales fortalezas del alumno/a y/o del contexto que van a ayudar a mejorar la situación?** |
|  |

**MEDIDAS ADOPTADAS POR EL CENTRO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **❑ Medidas Ordinarias** | | |
|  | Medidas |  |
| Profesionales implicados |  |
| Temporalización |  |
| **❑ Medidas Especializadas** | | |
|  | Medidas |  |
| Profesionales implicados |  |
| Temporalización |  |
| **❒ Medidas Extraordinarias** | | |
|  | Medidas |  |
| Profesionales implicados |  |
| Temporalización |  |
|  | | |
| **Valoración de las Medidas: de todo lo implementado qué SI está funcionando** | | |
|  | | |
| **Colaboración Familiar** | | |
|  | | |
| **En qué te gustaría concretamente que la UCA te ayudara /asesorara** | | |
|  | | |
| **Otra información relevante** que consideres que necesitamos saber | | |
|  | | |

Fdo.:

Director/a del Centro Educativo

***Vº Bº Del Área de Programas Educativos***

***FECHA DE RECEPCIÓN DOCUMENTACIÓN COMPLETA (si es distinta de la de entrada en registro):***