ANEXO VII.G

SOLICITUD DE AMPLIACIÓN DE LAS HORAS DE APOYO DE *ENFERMERÍA* PARA ATENDER DIRECTAMENTE A ALUMNADO CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES Y AL ALUMNADO QUE PRESENTA PROBLEMÁTICA ESPECÍFICA DE SALUD EN CENTROS DOCENTES DE LA CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

|  |
| --- |
| **JUSTIFICACIÓN DE LA AMPLIACIÓN DE LAS HORAS DE APOYO SOLICITADA en función de la información recogida en el Informe psicopedagógico, Dictamen de escolarización y/u otra documentación** (informes médicos, Grado de dependencia, Grado de discapacidad, etc.) |

|  |
| --- |
| Haga clic aquí para escribir texto. |
| **NECESIDADES SANITARIAS Y/O SOCIOSANITARIAS** |
| NECESIDADES SANITARIAS | SI | NO |
| Presenta necesidades sanitarias |[ ] [ ]
| NECESIDADES SOCIOSANITARIAS | SI | NO |
| Presenta necesidades sociosanitarias |[ ] [ ]
| Otras consideraciones para tener en cuenta | Haga clic aquí para escribir texto. |

En Haga clic aquí para escribir texto. a Día. de Mes. Año.

|  |  |
| --- | --- |
| Director/a del centro | Representante servicio de orientación |
| Fdo: Haga clic aquí para escribir texto. | Fdo: Haga clic aquí para escribir texto.  |

VºBº del inspector/a del centro

Fdo: Haga clic aquí para escribir texto.