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.