**ANEXO IV**

**SOLICITUD DE ADAPTACIÓN POR CINCUNSTANCIAS SOBREVENIDAS O TEMPORALES**

1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO:**

|  |
| --- |
| NOMBRE Y APELLIDOS: |
| Fecha de. nacimiento: D.N.I./NIE: |
| Padre/Tutor legal: |
| Madre/Tutor legal: |
| Teléfono: Correo electrónico: |
| Etapa cursada: Bachillerato Formación Profesional |

1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO:**

|  |  |
| --- | --- |
| CENTRO: Código: | |
| Localidad: | |
| Teléfono: | Correo electrónico: |

|  |
| --- |
| DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA A ESTA SOLICITUD:   * Certificado médico que incluya la adaptación que se precise |

El/La Director/a del centro

Fdo.: