Medifé

Programa de discapacidad

Documentación General

ACTA DE ACUERDO DE INTEGRACIÓN ESCOLAR CICLO LECTIVO - FORMULARIO 6

Nombre y Apellido del alumno: _____

Fecha: _____ Lugar de emisión: _____

En el día de la fecha se establece el siguiente acuerdo entre las partes presentes:

Partes inrvinientes	Representantes	DNI / CUIT
Escuela		
Maestra de apoyo/equipo de apoyo a la integración escolar		
Familia		

CRONOGRAMA- HORARIOS DE ASISTENCIA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horario (Desde - hasta)					

CRONOGRAMA- HORARIOS DE ASISTENCIA FUERA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horario (Desde - hasta)					

La institución educativa y la maestra de apoyo/ equipo de AIE se comprometen a:

- Atender al niño según las necesidades vinculadas a su educación.
- Elaborar en forma conjunta el Plan de adaptación curricular.
- Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación, según normativa del Ministerio de Educación.
- Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria.

La familia se compromete a:

- Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- Compartir el seguimiento del proceso de integración y promoción.
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- Hacer que el alumno mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesida- des y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

La NO continuidad del proyecto podrá darse por:

- Incumplimiento de los ítems mencionados.
- Falta de progresos significativos en el aprendizaje - modificaciones importantes en la conducta.

*La continuidad del alumno en el proyecto de integración escolar será evaluada por el colegio y el equipo de apoyo a la integración escolar, quienes en forma conjunta podrán considerar, toda vez que el caso lo amerite, un cambio de estrategia tendiente a facilitar el logro de los objetivos educativos planteados para el/la niño/a.

Firma y sello del profesional/institucion que brinda el apoyo

Firma y sello del representante de la escuela

Firma del padre/madre/tutor

*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.