

Programa de discapacidad

Documentación General

PROYECTO PEDAGÓGICO PARA LA INCLUSIÓN (PPI)

/ ADAPTACIONES CURRICULARES (DIAC) CICLO LECTIVO - FORMULARIO 7 (Página 1/2)

Fecha: ____ / ____ / ____

(La fecha de emisión debe ser anterior al período solicitado)

DATOS DEL ALUMNO

Nombre y apellido del alumno: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Sala / Grado / Año: _____ Turno: _____

Diagnóstico médico:

DATOS DE LA INSTITUCIÓN:

Nombre de la escuela: _____

Apellido y nombre de la autoridad pedagógica (maestro del aula): _____

Apellido y nombre del tutor/a pedagógico/a (maestro integrador): _____

DATOS DEL EQUIPO EXTERNO:

Detalle de los profesionales tratantes (indicar especialidad de c/u):

En el caso de servicios de apoyo a la integración escolar:

• Coordinador del proceso de integración: _____

• Docente de apoyo: _____

Programa de discapacidad
Documentación General

PROYECTO PEDAGÓGICO PARA LA INCLUSIÓN (PPI)

/ ADAPTACIONES CURRICULARES (DIAC) CICLO LECTIVO - FORMULARIO 7 (Página 2/2)

Historia escolar (indicar el año de inicio de integración escolar y detallar si cuenta con apoyo de acompañante externo, desde cuándo):

Nivel actual de desempeño:

Propuesta individual:

Configuraciones de apoyo:

Firma y sello de la Institución Educativa

Firma y sello del profesional / Institución que brinda el apoyo

*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.