



PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - EDUCATIVAS

Fecha: ____ / ____ / ____

ORDEN MÉDICA

Apellido y Nombre: _____

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

Obra social: _____ Sexo: F / M

Categoría (marcar con una cruz el que corresponda):

Titular Cónyuge Concubino/a Hijo/a Otro

Se indica (marcar con una cruz lo que corresponda):

MAESTRA DE APOYO APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO)

Por la cantidad de (indicar cantidad de horas semanales): _____

Período prestacional (mes desde – hasta): _____
_____Año lectivo: _____
_____Diagnóstico: _____

Firma y sello de médico tratante: _____