

**ANEXO I**  
**SOLICITUD DE APOYO EDUCATIVO HOSPITALARIO O DOMICILIARIO**

Delegación Provincial de... \_\_\_\_\_

Apellidos de la madre, el padre o el/la tutor/a	
Nombre de la madre, el padre o el/la tutor/a	
Dirección	
Código postal	
Localidad y provincia	
Teléfono 1 (persona)	
Teléfono 2 (persona)	
Teléfono 3 (persona)	

Apellidos de la alumna o del alumno	
Nombre de la alumna o del alumno	
Fecha de nacimiento	
Nacionalidad	
Centro educativo	
Dirección del centro	
Teléfono del centro	
Tutora o tutor	

**SOLICITAN** que sea atendido por el Equipo de Apoyo Educativo Hospitalario y Domiciliario, durante el periodo de convalecencia, comprometiéndose a:

- Acordar y respetar un horario con el citado Equipo, avisando con la suficiente antelación cuando, por causas debidamente justificadas, el alumno/a no pueda recibir la clase,
- Asegurar la permanencia de algún familiar mayor de edad en el domicilio durante dicho horario.
- Proporcionar un lugar adecuado en el domicilio para realizar el trabajo de atención educativa.

**JUSTIFICAN** por medio del correspondiente informe médico (el cual tienen que adjuntar a esta solicitud) la existencia de una convalecencia superior a 20 días.

En el informe médico se recogerá, a ser posible, patología que padece y, si fuera necesario, pautas de intervención claras en aquellos casos que las características de la enfermedad del alumno así lo aconseje.  
A fin de poder mantener las correspondientes reuniones de coordinación entre el/la médico/a y el profesorado del E.A.E.H.D. se incluirá, en el informe médico, un teléfono de contacto así como posible horario de coordinación .

**AUTORIZAN** que el profesorado que atiende a su hijo/a se coordine con el médico/a de referencia. El incumplimiento reiterado de los compromisos adquiridos puede ser causa de suspensión de la atención educativa

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

LA MADRE, EL PADRE, LA TUTORA O EL TUTOR

Fdo.: \_\_\_\_\_

**SRA. DIRECTORA O SR. DIRECTOR DEL CENTRO** \_\_\_\_\_