



Dirección del Área Territorial de Madrid- _____
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
Comunidad de Madrid

(ANEXO I)

SOLICITUD DEL SERVICIO DE APOYO EDUCATIVO DOMICILIARIO (S.A.E.D.)

D/Dña (nombre del padre/madre o tutor) _____

calle _____ número _____ piso _____

código postal _____ localidad _____

teléfonos de contacto _____ padre / madre o tutor legal del

alumno/a (nombre del alumno/a) _____

con fecha de nacimiento _____ y nacionalidad _____

escolarizado en el Centro _____
(CC, CEIP, IES)

en el curso ^a _____ dirección _____ CP _____

tutor/a _____ Teléfono del Centro _____

SOLICITAN que le sea concedido el Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario, a la mayor brevedad posible, durante el periodo de convalecencia, comprometiéndose a:

- acordar y respetar un horario con el citado Servicio, 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 y condiciones adecuados en el domicilio para llevar adelante el trabajo de docencia directa.

JUSTIFICAN por medio del correspondiente informe médico la imposibilidad de su hijo/a para asistir con regularidad a las clases en su Centro Escolar

AUTORIZAN, en el caso del alumnado con trastornos de salud mental, que el profesorado que atiende a su hijo/a se coordine con el doctor/a de referencia.

El incumplimiento reiterado de los compromisos adquiridos puede ser causa de suspensión del Servicio

En _____ a _____ de _____ de 200 _____

Fdo. :

^a Indique curso y etapa