



ILMO. SR. DIRECTOR DEL ÁREA TERRITORIAL DE MADRID- _____

Dirección del Área Territorial de Madrid- _____

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

Comunidad de Madrid

(ANEXO II)

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

INFORME MÉDICO

El/la Doctor/a _____

Nº de colegiado _____

del Servicio de _____

del Centro Sanitario _____

Informa que el paciente _____

no podrá asistir a su centro educativo en un
tiempo previsible de _____

lo que se justifica a los efectos de la atención educativa del alumno/a, por
el Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario (S.A.E.D.)

En _____ a _____ de _____ de 200 _____

Fdo. :

SELLO

** Cuando la causa de la baja se relacione con patologías de salud mental esta solicitud deberá ir acompañada de unas orientaciones iniciales del departamento de psiquiatría que incluirán unas pautas de actuación para poder realizar el apoyo educativo de forma adecuada.*

Teléfono contacto psiquiatría:

**Horario de coordinación de psiquiatría
con el profesorado SAED:**

** Cuando la causa de la baja se relacione con enfermedades infectocontagiosas esta solicitud deberá ir acompañada de unas orientaciones médicas sobre medidas preventivas para el profesorado.*