



Dirección del Área Territorial de Madrid- \_\_\_\_\_  
 CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN  
**Comunidad de Madrid**

**(ANEXO IV)**

**COMUNICACIÓN A LA DIRECCIÓN DEL CENTRO DE REFERENCIA DEL  
 ALUMNO/A ENFERMO**

Le comunico que ha sido recibida en nuestro Servicio de la Unidad de Programas Educativos la solicitud de un alumno/a de su centro para recibir, por causa de enfermedad, apoyo educativo domiciliario del S.A.E.D. Dicha solicitud ha sido estimada favorablemente y se le ha asignado el profesorado correspondiente.

Le ruego facilite la coordinación y la información necesarias para dar continuidad al proceso educativo según la **RESOLUCIÓN de 11 de junio de 2001, por la que se dictan Instrucciones de la Dirección General de Promoción Educativa, relativas al seguimiento y evaluación del alumnado hospitalizado o en convalecencia prolongada (B.O.C.M. de de 9 de julio de 2001)** y de acuerdo con las **INSTRUCCIONES de la Dirección General de Promoción Educativa para el funcionamiento del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario durante el curso escolar 2006/2007.**

**ALUMNO/A**

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ curso \_\_\_\_\_

Tiempo previsto de atención domiciliaria \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ teléfonos \_\_\_\_\_

**PROFESORES DEL S.A.E.D. asignados y horarios lectivos:**

**NOMBRE Y APELLIDOS**

**HORARIO**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Estos profesores se encuentran adscritos al Centro Educativo/Aula Hospitalaria:**

**Localidad**

Dirección \_\_\_\_\_

teléfono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_\_

El coordinador /a del S.A.E.D.