

DOCUMENTO DE DERIVACIÓN

(SOLICITUD DE INTERVENCIÓN DEL PROFESORADO ESPECIALISTA EN ORIENTACIÓN EDUCATIVA)

1.- DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:

Nombre			
Apellidos			
F. nacimiento		Edad	
Nº hermanos		Lugar que ocupa	
Padre / tutor legal			
Madre / tutora legal			
Domicilio			
Localidad		C. Postal	
Provincia		Teléfono	
Etapas educativas	Curso		
Curso / nivel de inicio de la escolarización			
Curso / nivel en que ingresó en el centro			
Repetición/es	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	Indicar curso/s:
Incidencias escolares significativas			
Circunstancias relevantes y significativas del entorno familiar			
Informes previos	<input type="checkbox"/> NO		
	<input type="checkbox"/> SÍ		Fecha
		<input type="checkbox"/> Psicopedagógico	
		<input type="checkbox"/> Médico	
		<input type="checkbox"/> Otros	

2.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO:

Nombre del centro			Código	
Dirección				
Localidad		C. Postal		
Teléfono		Fax		Correo electrónico
Tutor/a				

3.- ASPECTOS A CONSIDERAR EN EL ALUMNO/A (señalar sólo los aspectos en los que sobresale o manifiesta dificultades en este momento):

ASPECTOS		SOBRESALE	DIFICULTAD
Capacidad intelectual		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Memoria		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención – concentración		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoestima - autoconcepto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritmo de aprendizaje		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivación e interés		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamiento en el aula / centro		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Control del plan de trabajo / técnicas de estudio / hábitos de estudio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprensión lectora		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Composición y expresión escrita		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proceso de aprendizaje y comprensión	Organización de ideas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Resolución de problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Razonamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cálculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad de adaptación e integración	Con el profesorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Con los compañeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Con su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Integración en el grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áreas (indicar):			
Otros (indicar):			

4.- ACTUACIONES REALIZADAS PARA INTENTAR DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES EDUCATIVAS:

<input type="checkbox"/> Actividades de recuperación (especificar)	
<input type="checkbox"/> Refuerzo en el área de _____	<input type="checkbox"/> Priorización de objetivos/contenidos <input type="checkbox"/> Agrupamientos <input type="checkbox"/> Temporalización <input type="checkbox"/> Responsables:
<input type="checkbox"/> Refuerzo en el área de _____	<input type="checkbox"/> Priorización de objetivos/contenidos <input type="checkbox"/> Agrupamientos <input type="checkbox"/> Temporalización <input type="checkbox"/> Responsables:
<input type="checkbox"/> Utilización de materiales y recursos diferentes	
<input type="checkbox"/> Cambio metodológico	
<input type="checkbox"/> Acción tutorial (entrevistas con los padres, alumno...)	
<input type="checkbox"/> Participación en Programas específicos (enumerar)	
<input type="checkbox"/> Adaptaciones curriculares	
<input type="checkbox"/> Optatividad (Educación Secundaria)	
<input type="checkbox"/> Medidas de ampliación y enriquecimiento	
<input type="checkbox"/> Otras:	

5.- BREVE VALORACIÓN DE LO QUE HA SUPUESTO LA ADOPCIÓN DE ESTAS MEDIDAS:

6.- DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN QUE SE SOLICITA:

7.- OTRAS CONSIDERACIONES:

En a de de 20

Sello
del Centro

Director/a del Centro

Tutor/a

ANEXO II

**AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES O TUTORES LEGALES PARA LA REALIZACIÓN DE LA
EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA**

Don:

Doña:

como padre / madre / tutor legal del alumno/a:

Dirección

Población C. Postal

Tel. fijo Tel. móvil C. electrónico

AUTORIZAMOS a que nuestro hijo/a sea derivado al

☐ Equipo de Orientación Educativa de:

SELECCIONAR UNO

☐ Departamento de Orientación de:

para realizarle las valoraciones que se consideren adecuadas y determinar, en el caso que corresponda, sus necesidades específicas de apoyo educativo y poder dar la respuesta más adecuada a las mismas.

En a de de 20

Nombre y Firma
Padre/Tutor legal

Nombre y Firma
Madre/Tutora legal

OBSERVACIONES:

Se ruega adjuntar cualquier Informe (médico, psicológico, pedagógico) que puedan tener relación con la valoración planteada.