**ANEXO III**

**PLAN DE ATENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARIA**

1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del centro: **IES SANTA MARÍA DE LOS BAÑOS** | Código: **30011971** |
| Dirección: **Paraje de las Jumillicas, S/N** | Localidad: **Fortuna** | Provincia: **Murcia** |
| Teléfono: **968686070** | Correo electrónico: **30011971@murciaeduca.es** |

1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO/A:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre:  | Apellidos:  |
| Fecha de nacimiento:  | Edad:  |
| Dirección:  | Localidad:  | Provincia: **Murcia** |
| Nombre del padre o tutor legal:  | Teléfono:  |
| Nombre de la madre o tutora legal:  | Teléfono:  |
| Fecha de escolarización en el centro:  | Curso:  | Nivel curricular:  |
| Alumno/a con NEE:  |  |
| Solicitan el apoyo complementario de SERVICIO DE ATENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARIA |

1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TUTOR/A DEL ALUMNO/A:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre:  | Apellidos:  |
| Correo electrónico:  | Grupo del que es tutor/a: |
| Día y hora previstos para la coordinación:  |

1. **EQUIPO DOCENTE DEL ALUMNO/A:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Materia que imparte** | **Nombre** | **Apellidos** | **Correo electrónico** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **En el caso de alumnado con necesidad específica de apoyo educativo:** |
| **Profesional** | **Nombre** | **Apellidos** | **Correo electrónico** |
| [ ]  Orientador/a |  |  |  |
| [ ]  PTSC |  |  |  |
| [ ]  Maestro/a de PT |  |  |  |
| [ ]  Maestro/a de AL |  |  |  |
| [ ]  Maestro/a de EC |  |  |  |
| [ ]  ATE |  |  |  |
| [ ]  Fisioterapeuta |  |  |  |
| [ ]  Otro:  |  |  |  |

1. **CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL** *(señalar solamente aquellos datos relevantes)***:**

|  |
| --- |
| Contexto familiar: |

|  |
| --- |
| Contexto social: |

1. **PLAN DE ATENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARIA.**

|  |
| --- |
| **ATENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARIA PROPUESTA POR EL EQUIPO DOCENTE** |
| Todas las materias /asignaturas que componen el curso (incluidas la acciones de los especialistas PT/AL/Fisio…) | Profesor responsable | **SEGUIMIENTO / INSTRUCCIÓN** | **EVALUACIÓN** |
| Nº de sesiones semanales y modalidad | Tipo de agrupamiento | Procedimiento de evaluación | Tipo | Frecuencia trimestral |
| VideoConferencia/ Plataforma | Presencial | En apoyo individual | En atención grupal | Presencial | On line |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **PLAN DE ATENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARIA COMPLETADO POR EL SERVICIO DE ATENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARIA.**

|  |
| --- |
| **ATENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARIA QUE REALIZA EL****SERVICIO DE ATENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARIA3** |
| Materias o asignaturas troncales | Número de horas semanales | Modalidad | Tipo de agrupamiento. |
| Interacción envideoconferencia | Interacción enasincrónico(apoyo en recursos) | Interacciónpresencial | Mixta | En apoyoindividual | En atención grupal |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**ANEXO III- A**

1. **INFORME DE COORDINACIÓN CON EL SERVICIO DE ATENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARIA.**

|  |  |
| --- | --- |
| Docente SERVICIO DE ATENCIÓNEDUCATIVA DOMICILIARIA | Alumno/a:  |
| Centro educativo: **IES SANTA MARÍA DE LOS BAÑOS. CC 30011971** |
| Fecha y lugar:  |  |
| Asistentes a la reunión:  |  |
| Temas tratados: |
| OTROS ACUERDOS RELEVANTES , PROPUESTAS E INFORMACIÓN DE INTERÉS: |
| Firmas de los asistentes: |

**ANEXO III- B**

1. **INFORME DIARIO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARIA.**

|  |
| --- |
| Alumno:  |
| Fecha y lugar:  |
| Contenidos educativos trabajados:  |
| Observaciones:  |
| Se ha cumplido el horario previsto: [ ]  Si [ ]  No |
| Profesor del SERVICIO DE ATENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARIA:  |
| Adulto responsable:  |

**ANEXO III- C**

1. **INFORME MENSUAL1 DEL SERVICIO DE ATENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARIA.**

|  |
| --- |
|  |

*(1)En caso de que el alumno se incorpore al centro antes de que finalice el mes, este se deberá realizar siendo considerado como informe final de la atención educativa.*

*Fin / cierre del PLAN DE ATENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARA*

Fortuna, a dede **.**

**El/La Jefe/Jefa de Estudios**

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