

**SOLICITUD DE COLABORACIÓN AL EQUIPO ESPECIALIZADO EN DISCAPACIDAD FÍSICA**

Fecha:

DATOS DEL ALUMNO/A			
Apellidos:	Nombre:	Nivel:	NºGIR:
Fecha y lugar de nacimiento:		Edad:	Sexo:
Centro docente:	Localidad:		Telf.:
ACNEE/ACNEAE: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Necesidades derivadas de:			
Modalidad de escolarización: <input type="checkbox"/> Ordinaria <input type="checkbox"/> Pref. D. Mot. <input type="checkbox"/> CEE <input type="checkbox"/> Combinada; centro:			
Tutor/a:	Email:		
PT:	Email:		
AL:	Email:		
Fisio:	Email:		
AEE:	Email:		
INFORMACIÓN MÉDICO-SANITARIA			
Diagnóstico/s médico/s			
Reconocimiento Discapacidad (IASS)	Grado:	%	Fecha de emisión:
Especialidades médicas que atienden			
Tratamientos farmacológicos			
Epilepsia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿De qué tipo?		
Alergias	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿A qué?		
Circunstancias especiales	<input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/> Válvula <input type="checkbox"/> Respiración asistida <input type="checkbox"/> Otras:		
Férulas correctoras	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuáles?		
Otros aparatos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuáles?		
Otras circunstancias:			
ATENCIÓN/ESTIMULACIÓN QUE RECIBE			
<input type="checkbox"/> Por servicios médicos	<input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Otros:		
<input type="checkbox"/> Por centro escolar	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> AL <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> AEE (Auxiliar de Ed. Especial).		
<input type="checkbox"/> Por CDIAT	<input type="checkbox"/> Logopedia <input type="checkbox"/> Psicomotricidad <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Psicoterapia		
<input type="checkbox"/> Otros servicios			
LIMITACIONES Y DIFICULTADES FUNCIONALES			
<input type="checkbox"/> En el desplazamiento:			
<input type="checkbox"/> Marcha asimétrica e inestable.			
<input type="checkbox"/> Marcha autónoma con apoyos o aparatos (férulas, muletas, andador,...).			
<input type="checkbox"/> Desplazamiento en silla de ruedas.			
<input type="checkbox"/> En la sedestación y control postural:			
<input type="checkbox"/> Se sienta en la silla convencional del aula con ligero desequilibrio o pequeña dificultad.			
<input type="checkbox"/> No se puede sentar en silla convencional.			
<input type="checkbox"/> En la manipulación:			
<input type="checkbox"/> Miembro superior afectado: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos			
<input type="checkbox"/> Con dificultades en el uso conjunto de la mano y brazo afectados (empujar, girar, lanzar,...).			
<input type="checkbox"/> Con dificultades en el uso fino de la mano o manos afectadas (coger, manipular, soltar,...).			
<input type="checkbox"/> Sin manipulación.			
<input type="checkbox"/> En la comunicación:			
<input type="checkbox"/> Emite vocalizaciones.			
<input type="checkbox"/> Tiene lenguaje oral:			
<input type="checkbox"/> Pronunciación con problemas en el tono, volumen, velocidad, ritmo, etc.			
<input type="checkbox"/> Articulación dificultosa: <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Disglosia <input type="checkbox"/> Dislalia			
<input type="checkbox"/> Sin lenguaje oral. <input type="checkbox"/> Utiliza un SAAC. ¿Cuál?:			

<input type="checkbox"/> <b>En el autocuidado y actividades de la vida diaria:</b>	
<input type="checkbox"/> Autonomía con dificultades en el uso del WC.	<input type="checkbox"/> Dependiente en el uso del WC.
<input type="checkbox"/> Sin autonomía para vestirse.	
<input type="checkbox"/> Sin autonomía en la alimentación.	
<input type="checkbox"/> <b>Otras limitaciones y dificultades:</b>	

ACTUACIÓN/ES PARA LA/S QUE SE SOLICITA COLABORACIÓN
<input type="checkbox"/> Asesoramiento sobre la discapacidad física: motora y/u orgánica.
<input type="checkbox"/> Asesoramiento en la evaluación de un/a alumno/a con posible NEAE por discapacidad física.
<input type="checkbox"/> Para la valoración de aspectos físicos y motores: protocolos, instrumentos, pruebas,...
<input type="checkbox"/> Para la valoración de aspectos comunicativos: protocolos, instrumentos,...
<input type="checkbox"/> Para la valoración de otros aspectos ( <input type="checkbox"/> cognitivo, <input type="checkbox"/> habilidades académicas, <input type="checkbox"/> autonomía...)
<input type="checkbox"/> Para la determinación como alumno/a con NEAE derivadas de una discapacidad física.
<input type="checkbox"/> Para la valoración por parte de un Fisioterapeuta del ámbito educativo.
<input type="checkbox"/> Asesoramiento para orientar la modalidad de escolarización de un/a alumno/a con NEAE por discapacidad física.
<input type="checkbox"/> Asesoramiento en la intervención de un/a alumno/a con NEAE por discapacidad física.
<input type="checkbox"/> Función tutorial y convivencia.
<input type="checkbox"/> Sensibilización discapacidad.
<input type="checkbox"/> Orientación académica y profesional.
<input type="checkbox"/> Intervención con la familia (orientaciones para casa, asociaciones, ocio y tiempo libre,...).
<input type="checkbox"/> Adaptaciones curriculares no significativas.
<input type="checkbox"/> Adaptaciones de acceso (a la información, a la comunicación y a la participación individual).
<input type="checkbox"/> Productos de apoyo/Ayudas técnicas.
<input type="checkbox"/> Sistemas de comunicación.
<input type="checkbox"/> Modificación y habilitación de elementos físicos (ej.: mobiliario adaptado,...).
<input type="checkbox"/> Participación del personal de atención educativa complementaria.
<input type="checkbox"/> En la toma de decisión, la realización y/o desarrollo de adaptaciones curriculares significativas.
<input type="checkbox"/> Exención parcial extraordinaria.
<input type="checkbox"/> Formación del profesorado en relación con la discapacidad física.
<input type="checkbox"/> Colaboración e intervención por parte de un fisioterapeuta.
<b>OBSERVACIONES ACERCA DE LA DEMANDA:</b>

DATOS DEL DEMANDANTE			
<b>Estructura de la R.I.O.E.:</b>		<b>Localidad:</b>	
<b>Teléfono/s:</b>		<b>E-mail:</b>	
<b>Persona que hace la demanda:</b>			

Fdo.: Orientador/a Educativo/a