

PROGRAMA DE PRESTACIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

INDICACIÓN MÉDICA: APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

PACIENTE:

Nº DNI:

DIAGNÓSTICO:

.....

PRESTACIÓN: INTEGRACIÓN ESCOLAR CON EQUIPO MAESTRO DE APOYO

PERÍODO:

FRECUENCIA:

JORNADA: SIMPLE DOBLE

OBSERVACIÓN:

.....

.....

TELÉFONO DE CONTACTO:

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA:

FIRMA Y SELLO
DEL PROFESIONAL: