

INFORMACIÓN**DATOS GENERALES DEL MENOR****DATOS PERSONALES DEL MENOR**Apellidos: _____ Sexo

niño	niña
------	------

Nombre: _____ F. Ncto.: _____ DNI.: _____

% Discapacidad _____ Dependencia:

si	no
----	----

 Grado: _____Madre Padre Tutor/a

Nombre y apellidos: _____

E: mail: _____ Teléfono: _____ Ciudad: _____

Domicilio: _____**Colegio al que quiere asistir:** _____ **Curso:** _____**Diagnóstico/Circunstancias:**TEA TGD TEL S. Down P. Cerebral Hemiparesia S. Asperger S. Angelman Sínd. Rett Sínd. Wolf Microcefalia Enf raras Cúal _____Piel Mariposa Enf Dual Trast Apego Epilepsia Otros trastornos _____ Motor Sensorial Visual Auditivo Implantado

si	no
----	----

 Cognitivo Alto funcionamiento Superdotado Gran alergia Asmático Diabético Insulina Inyectada

si	no
----	----

Soporte Vital Aerosol Controla esfínteres

si	no
----	----

Otras circunstancias/necesidades: _____**Necesidad de Recursos** Monitor P.T. A.L. Prof Sanitario **Otros recursos necesarios:** _____**Circunstancias relevantes que debemos informar a Consejería de Educación** _____Asiste a Cait

si	no
----	----

Cuál: _____ **Localidad:** _____**Número de sesiones de terapia que recibe al mes**

Psicología	Logopedia	Fisioterapia

Otras actividades complementarias: _____**Marque con una X o redee con un círculo la respuesta correcta.**

Estos datos serán tratados con absoluta confidencialidad.