

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Mecanismos de integración

Complete la presente planilla para la solicitud y evaluación del presupuesto correspondiente a la prestación.

1. Datos del prestador

| | |
|----------------------|--|
| Apellido y nombre | |
| DNI | |
| CUIL | |
| Teléfono de contacto | |
| Correo electrónico | |

2. Datos del afiliado

| | |
|--------------------|--|
| Apellido y nombre | |
| DNI | |
| Número de afiliado | |
| Correo electrónico | |

PLANILLA DE DATOS DEL PRESTADOR

Mecanismos de integración

Para la correcta gestión del trámite, complete la siguiente información:

| | |
|----------------------|--|
| Nombre y apellido | |
| D.N.I. | |
| N° CUIL / CUIT | |
| Celular | |
| Email | |
| Domicilio actual | |
| Localidad | |
| Especialidad | |
| Afiliado | |
| Período prestacional | |

PLANILLA DE ASISTENCIA

ados

| | |
|------------------------|--|
| Nombre y apellido | |
| Nº de afiliado | |
| Mes de prestación | |
| Nombre del profesional | |

Marcar con X los días que corresponde

| | | | | |
|-------|--------|-----------|--------|---------|
| Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes |
| | | | | |

| | Día | Entrada | Salida | Firma prof. | Sello prof. |
|----|-----|---------|--------|-------------|-------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 21 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| 24 | | | | | |
| 25 | | | | | |
| 26 | | | | | |
| 27 | | | | | |
| 28 | | | | | |
| 29 | | | | | |
| 30 | | | | | |
| 21 | | | | | |

Firma y sello del directivo de la escuela: _____

PLANILLA DE ACUERDO ESCOLAR

En el día de la fecha, en la ciudad de
 se establece el presente acuerdo entre la Escuela
 con domicilio en sito en
 representada por (Director),
 el alumno
 con DNI
 representado por.....
 y la Acompañante Terapéutica/Maestra de Apoyo/equipo de Apoyo a la integración
 para llevar a cabo la integración escolar representado por
 para llevar a cabo la integración del alumno/a en el año
 Sala/Grado/Año
 Turnoen los días y horarios
 período

- La Institución Educativa
- El/la Maestra de Apoyo -
- Acompañante Terap.
- Equipo de AIE se comprometen a:

- Atender al alumno según las necesidades vinculadas a su educación.
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación.
- Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria.

La familia se compromete a:

- Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- Compartir el seguimiento del proceso de Integración y promoción.
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- Hacer que el alumno mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

Firma y sello de la Directora de la Escuela donde se realizará la integración
 aclaración

Firma del Padre/Madre/Tutor
 aclaración.....

Firma y sello de Acompañante terap./ Maestro/a/ Equipo de AIE
 aclaración.....