



Conselleria d'Educació i Universitats

Direcció General de Primera Infància,
Atenció a la Diversitat i Millora Educativa

INFORME DE FINAL DE CURS

NOM DEL FISIOTERAPEUTA EDUCATIU:

Dies i horari d'atenció: (especificat atenció alta intensitat o baixa intensitat)
--

DADES DE L'ALUMNE:

Nom i Cognoms:

Diagnòstic:

Centre docent:

Nivell Escolar:

VALORACIÓ DEL PROCÉS D'ATENCIÓ FISIOTERAPÈUTICA
--

COORDINACIONS AMB PROFESSIONALS
--



DATA	ACORDS
COORDINACIONS AMB LA FAMÍLIA	
DATA	ACORDS

PREVISIONS PEL PROPER CURS
En relació als objectius de treball fisioterapèutic
En relació a la coordinació amb els professionals
En relació al treball amb les famílies
Continuïtat del servei de fisioteràpia educativa

Nom i llinatges fisioterapeuta

Nom i llinatges Orientador

Signatura fisioterapeuta

vist i plau signatura orientador/a

****posar segell del centre***