

DERIVACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Para los Centros de Salud – Pediatra.

1 DATOS PERSONALES			
Nombre y Apellidos		Fecha Nac	
Domicilio		Localidad	
Nombre de los padres/madres/tutores			
Teléfono			

2 DATOS ESCOLARES			
Nombre del Centro	I.E.S. Los Boliches	Curso	202_ / 202_
Domicilio	c/ Frascuelo 12	Localidad	Fuengirola
Teléfono	952 58 14 09 // 951 26 99 10		

3 MOTIVO DE LA CONSULTA	

4 SÍNTESIS DE LA EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA	
4.1 Información relevante en relación con: - Aspectos cognitivos: - Aspectos socio- afectivos: - Aspectos de la comunicación y el lenguaje: 4.2 Relación de las pruebas aplicadas. 4.3 Rendimiento escolar ___ Adecuado ___ No adecuado	

De acuerdo a lo anterior, le ruego su intervención, a fin de valorar y/o derivar al alumno al Servicio de Salud que considere más oportuno.

Quedando a la espera de sus noticias y aprovechando la ocasión para enviarle un cordial saludo.

En Fuengirola, a ____ de _____ de 20__

Fdo: _____

Orientador/a del I.E.S. Los Boliches