



Ayuntamiento de Bormujos

## DELEGACIÓN DE BIENESTAR SOCIAL

### PROGRAMA PARA MENORES Y SUS FAMILIAS: ATENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA Y LOGOPEDIA.

Curso escolar 2024-2025.

#### DATOS DEL SOLICITANTE:

Padre/Madre/Tutor:	
APELLIDOS	_____
NOMBRE:	_____
DOMICILIO:	_____
MUNICIPIO:	_____ C.P.: _____
DNI/NIE:	_____ Fecha de Nacimiento: _____
TELÉFONO DE CONTACTO:	_____
Correo Electrónico:	_____

#### DATOS DE ALUMNA/ALUMNO

APELLIDOS:	_____
NOMBRE:	_____
FECHA DE NACIMIENTO:	_____
CENTRO ESCOLAR :	_____
CURSO:	_____

HA SIDO BENEFICIARIO DEL PROGRAMA EN AÑOS ANTERIORES (marcar lo que proceda):

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**DATOS Y RECURSOS ACADÉMICOS ALUMNA/ALUMNO:**

Logopedia	SI	NO	Horas semanales _____
Adaptación Curricular	SI	NO	Curso _____
Pedagogía Terapéutica	SI	NO	Horas semanales _____
Refuerzo educativo	SI	NO	Horas semanales _____

**DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR JUNTO CON LA SOLICITUD**

-DNI/NIE solicitante \_\_\_\_\_

-Libro de Familia \_\_\_\_\_

-DNI/NIE de ambos padres y/o tutores legales \_\_\_\_\_

-En caso de no convivencia entre los progenitores, convenio regulador vigente y/o Auto de Medidas Paterno-Filiales, y/o Sentencia separación o divorcio \_\_\_\_\_

-Acreditación Discapacidad (si procede) \_\_\_\_\_

-Dictamen técnico facultativo \_\_\_\_\_

-Informe derivación Centro Escolar (si procede) \_\_\_\_\_

Bormujos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2024.

**EL/LA SOLICITANTE,**

Fdo.: \_\_\_\_\_.