

# FORMULARIO DE DATOS DEL PRESTADOR

## 1. Beneficiario Titular

Nombre / Razón Social

CUIT:

Nº Acreedor/Proveedor:

Correo Electrónico

Domicilio

Código postal

Localidad

Teléfono Fijo

Teléfono Celular

En caso de Poseer convenio con SanCor Salud completar los siguientes datos:

Convenio por prestaciones en Discapacidad: Si..... No .....

# CONSENTIMIENTO BILATERAL

Consentimos que se lleve a cabo la prestación .....  
.....  
.....

FECHA:				(1)
--------	--	--	--	-----

Brindada por .....  
a mi hijo .....  
desde el / / ..... entendiendo y acordando en todos sus términos las características de dicha práctica/ transporte.

.....  
Firma del Padre / Madre o Tutor

.....  
Aclaración

.....  
Tipo y Nº de Documento

Por la presente certifico que he explicado las características de la practica / transporte que brindamos a .....  
.....  
Y que se han contestado todas las preguntas sugeridas por los Padres o Tutores en torno a la misma.

.....  
Firma y sello con matrícula del Profesional o firma y sello del Representante Legal de la Institución o firma, aclaración y DNI del Titular del Transporte o firma y sello del Representante Legal de la Empresa ( según corresponda).

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento

# MAESTRA DE APOYO - EQUIPO APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

## PRESUPUESTO

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_ FECHA:

### Datos del Asociado

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ N° DNI:

### Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad: **Maestra de Apoyo / Equipo Apoyo a la integración escolar**

Período **Desde**  **Hasta**  **Año**

Cantidad de horas mensuales  **Monto Mensual \$**

### Datos del Prestador

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono:  E-mail: \_\_\_\_\_

CUIT N°  N° de Ingresos Brutos \_\_\_\_\_

Condición frente al IVA \_\_\_\_\_

Marcar los días en los que se brinda la prestación

### Cronograma de Actividad Aulica (Maestra de Apoyo - Equipo)

En la Escuela común sito en la Calle: \_\_\_\_\_ N°:  de la ciudad de \_\_\_\_\_

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
En los días y Horarios Desde					
Hasta					

### Cronograma de Asistencia en Actividad Extra Aulica (Equipo)

Domicilio real donde se brindará la presentación, sito en la Calle \_\_\_\_\_ N°:

de la ciudad de \_\_\_\_\_

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
En los días y Horarios Desde					
Hasta					

Firma, Aclaración y  
Sello del Profesional

# PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR

## Datos del Beneficiario

FECHA: 

--	--	--

 (1)

Nombre										Apellido											
Nº de Beneficiario										Tipo Doc.		Nº Documento						Edad		Sexo	

## Datos Prestación

Prestación / Especialidad: .....

Período Desde:  Hasta:  Año:

Modalidad: .....

.....  
.....  
.....  
.....

Abordaje: .....

.....  
.....  
.....  
.....

Objetivos: .....

.....  
.....  
.....

.....  
**FIRMA DE LOS PROFESIONALES**

.....  
**FIRMA DE LOS PADRES**

(1) La fecha deberá ser anterior al inicio del tratamiento.

# MODELO ACTA ACUERDO DE INTEGRACIÓN

En la ciudad de.....a los.....días del mes de.....de..... se establece en común acuerdo entre las instituciones..... y los padres del alumno/a.....lo siguiente:

1- El alumno será acompañado en su escolaridad común de una maestra integradora, quien desempeñará el rol de maestro de apoyo, significando su asistencia pedagógica cual consistirá en la adaptación y el seguimiento del alumno en todo aquello requerido a su integración. La docente a cargo de la integración cuenta con el debido consentimiento de los padres.

2 - El alumno será respetado en sus diferencias y al mismo tiempo deberá recibir el mismo trato que los demás alumnos. El objetivo es mantener un equilibrio entre la participación posible en el círculo común y las propuestas curriculares adaptadas. La integración escolar del niño será mayor en cuanto más participe de las actividades curriculares.

3 - La docente integradora deberá presentar estudios e informes pedagógicos frecuentes a fin de realizar un adecuado seguimiento de los alumnos, en lo posible que trabaje conjuntamente a la maestra de grado.

4 - Ambas instituciones, la institución educativa y el equipo de integración, informaran en forma conjunta a los padres sobre el proceso, evolución y evaluación del proyecto. Todo cambio o nueva propuesta será con el consentimiento de las instituciones y los padres.

5 - Las decisiones y los procesos institucionales corresponden a la institución educativa.

6 - Se informará con antelación al equipo integrador las evaluaciones, salidas educativas y recreativas, actos y toda situación especial para poder organizarla previamente con el docente integrador. La institución educativa a través de sus docentes y personal en general tendrá la responsabilidad y atención que tiene con el resto de sus alumnos.

7 - Los padres se comprometen a avisar a las instituciones de las causas de la inasistencia del alumno, a respetar los horarios de entrada y salida, y a participar de las diferentes propuestas pedagógicas acordadas entre ambas instituciones.

Habiendo leído las pautas referidas a la integración y manifestar el acuerdo con todo lo expresado, nos comprometemos a trabajar en beneficio del alumno/a.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
En los días y Horarios					
Desde					
Hasta					

AÑO: \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_ TURNO: \_\_\_\_\_

.....  
FIRMA DE LOS PADRES

.....  
FIRMAS DE LOS DIRECTIVOS DE LA ESCUELA

.....  
Coordinación

.....  
FIRMAS DEL EQUIPO DE INTEGRACIÓN

.....  
Docente Integradora