

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	
<p>En caso de Poseer convenio con SanCor Salud completar los siguientes datos:</p> <p>Convenio por prestaciones en Discapacidad: Si..... No</p>	

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