


ANEXO I

| | | |
|---|--------------------------------|--|
|  | MINISTERIO DE EDUCACIÓN | SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE COOPERACIÓN TERRITORIAL "AULAS DE LA NATURALEZA". VERANO 2010. |
|---|--------------------------------|--|

ESPACIO RESERVADO PARA EL SELLO DE REGISTRO DE ENTRADA

(Si la solicitud se entrega en el Centro Educativo donde cursa estudios el/la alum@, El Centro deberá certificar la fecha de entrada, mediante sello o firma)

| | | | |
|--|---|---|---|
| 1 | DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE | | |
| PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| FECHA DE NACIMIENTO | | | |
| DÍA | MES | AÑO | SEXO |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | H: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/> |
| DOMICILIO | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| C. POSTAL | LOCALIDAD | PROVINCIA | TELÉFONO |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| PERSONA DE CONTACTO DURANTE LA ACTIVIDAD | | Nº MIEMBROS UNIDAD FAMILIAR (incluido el solicitante) | Nº HERMANOS |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| TELÉFONOS DE CONTACTO DURANTE LA ACTIVIDAD | | LUGAR QUE OCUPA | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--|---|
| 2 | DATOS DEL CENTRO | | |
| NOMBRE DEL CENTRO | | DIRECCIÓN | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| E - MAIL | | C. POSTAL | LOCALIDAD |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| PROVINCIA | | TELÉFONO | FAX |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ordinario <input type="checkbox"/> | Especial <input type="checkbox"/> | TIPO DE ESCOLARIZACIÓN | Alumno régimen general <input type="checkbox"/> |
| CURSO QUE REALIZA | | Alumno con necesidad específica de apoyo educativo (ACNEE)..... <input type="checkbox"/> | |
| <input type="text"/> | | PROFESOR DE CONTACTO | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |

| 3 | CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS. | | |
|------------|---|---------------|-----------------|
| Apartados | | Puntuación | |
| | | Por el Centro | Por la Comisión |
| 5.1 | Alumnos con necesidad específica de apoyo educativo: | | |
| | a) Conveniencia de su asistencia (hasta 60 puntos) | | |
| | b) Circunstancias socio-familiares (hasta 30 puntos) | | |
| | c) No haber participado en cualquiera de los dos últimos años (10 puntos) | | |
| | <i>Puntuación total</i> | | |
| 5.2 | Resto de alumnos | | |
| | a) Renta familiar y circunstancias familiares (hasta 60 puntos) | | |
| | b) Actitud favorable del alumno en sus relaciones con los demás (hasta 30 puntos) | | |
| | c) No haber sido beneficiario en las dos últimas convocatorias (hasta 10 puntos) | | |
| | <i>Puntuación total</i> | | |

 ESPACIO RESERVADO PARA LA PUNTUACIÓN POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN

D., como miembro del equipo directivo del centro escolar, certifico que el alumno al que se refiere esta solicitud, se encuentra en las circunstancias que se especifican en este apartado.

En....., a de de 2010

SELLO DEL CENTRO

(FIRMA)

ANEXO II
**PROGRAMA DE COOPERACIÓN TERRITORIAL "AULAS DE LA NATURALEZA"
 VERANO 2010
 CUESTIONARIO INDIVIDUAL DEL ALUMNO**
1. CUESTIONARIO MÉDICO (A cumplimentar por el padre/madre/tutor, en su caso).

- 1.1. ¿Toma alguna medicación? (Marque con x la respuesta que proceda) SI () NO ()
 En caso afirmativo, especifique qué medicamentos toma, dosis diaria y horario:

 ¿Es responsable de su medicación o necesita alguna persona que le supervise?
- 1.2. ¿Padece algún tipo de alergia? (Marque con x la respuesta que proceda): SI () NO ()
 En caso afirmativo, indicar cuales :
- 1.3. Relacione las enfermedades de las que está vacunado :
- 1.4. ¿Sigue algún régimen especial de comidas?
- 1.5. Explique cualquier otra circunstancia que pueda resultar de interés y/o que deba ser tenida en cuenta en relación con la asistencia del alumno:

AUTORIZACIÓN:

Don/Doña:, con D.N.I.
 padre/madre/tutor del alumno, declara:

- Que acepta las bases de esta convocatoria.
- Otorga su autorización para que el solicitante participe en el programa de Cooperación Territorial "Aulas de la Naturaleza" que incluye dos excursiones y reciba la atención médica que, en su caso, fuera necesaria.
- Asimismo acepta que, en caso de producirse alguna circunstancia que aconseje la interrupción de su participación en el mismo, el alumno podrá regresar a su domicilio antes de la fecha prevista.
- Autoriza la cesión de los datos e información contenidos en la presente solicitud a la empresa organizadora de estas actividades, con el único fin de recibir la información y atención necesaria en relación con este programa.

En, a de de 2010

Fdo.:

2. BREVE INFORME (A cumplimentar por el Centro, para todos los alumnos).

- 2.1. Apoyos que recibe dentro y fuera del aula: (gabinetes , logopedia...)
- 2.2. Socialización. Tipo de relación:
- Con los demás alumnos.
 - Con los profesores.
 - Habilidades sociales.
- 2.3. Comportamiento
- Dentro del aula.
 - Fuera del aula.
 - Respuesta ante determinadas situaciones.
- 2.4. Características generales de su proceso de aprendizaje.
- 2.5. Dificultades que pueda presentar la asistencia del alumno al programa y medidas a tomar.

2.6. **Observaciones de interés para la puntuación por parte del Órgano de Selección**.....

En.....a.....de.....de 2010.

Vº Bº, el Director del Centro

El Tutor,

(Firma y sello del centro)

ANEXO III

PROGRAMA DE COOPERACIÓN TERRITORIAL "AULAS DE LA NATURALEZA" VERANO 2010.

INFORME TÉCNICO DEL E.O.E.P (EQUIPO DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA) O DEL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN DEL CENTRO

(A CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE PARA LOS ALUMNOS CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO QUE PRESENTAN NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES)

1. DESCRIPCIÓN DE LA DISCAPACIDAD.

1.1. Diagnóstico clínico (*si lo hubiere*)

1.2. Tipo de discapacidad que presenta el alumno y breve descripción de la misma:

- ❖ Física:
 - Motora ()
 - Orgánica o funcional ()
- ❖ Psíquica.
 - Ligero
 - Moderado
- ❖ Sensorial
 - Auditiva:
 - Visual:
- ❖ Trastorno del comportamiento y/o personalidad.
- ❖ Otras

1.3. Breve descripción de las características personales del alumno en las siguientes áreas:

- ❖ Autonomía personal:
- ❖ Motricidad:
- ❖ Nivel intelectual y habilidades cognitivas: (*Indicar, en su caso, si existe desfase de edad prevista en el apartado tercero 1º de la convocatoria.*)
- ❖ Lenguaje y comunicación:
- ❖ Habilidades sociales:
- ❖ Conducta adaptativa:
- ❖ Observaciones de interés:

1.4. Necesidades específicas que tiene y apoyos que precisa

1.4.1. Si precisa atención médica o física, especificar la que corresponda

.....

.....

1.4.2. Según su grado de autonomía personal, indicar el apoyo que necesita en los siguientes apartados:

- ❖ Vestido:
- ❖ Alimentación:
- ❖ Aseo:
- ❖ Desplazamientos:
- ❖ Control de esfínteres:

2. Objetivo/os a tratar con el alumno durante el desarrollo del programa:

.....

Información sobre el alumnado con edades comprendidas entre los 13 y hasta los 16 años durante el periodo de realización de la actividad sobre la conveniencia de realizar la actividad y las posibilidades reales de participación en actividades propias del grupo de edad de 11 a 13 años.

.....

.....

Observaciones de interés para la puntuación por parte del Órgano de Selección:

.....

.....

En..... a de..... de 2010.

Fdo.:.....

(Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica,
Departamento de Orientación u Orientador del centro).

CERTIFICACIÓN

D./D^a
Como Director/a del Centro certifica que el alumno/a ha estado matriculado/a durante el curso 2009/10 en el mencionado Centro y que posee suficiente grado de autonomía para participar en programas de integración, reuniendo los requisitos exigidos en el artículo segundo de la Orden por la que se regula la participación en el Programa de Cooperación Territorial "Aulas de la Naturaleza".

Fdo.: