

ANEXO II
INFORME MÉDICO

El Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario (SAED) está dirigido al alumnado que, por prescripción facultativa, no puede continuar con su asistencia regular al centro, siempre que su periodo de convalecencia sea superior a un mes.

D/ña. _____ con N° de colegiado/a _____
médico especialista del Servicio de _____
del centro sanitario _____
Teléfono de contacto _____ Correo electrónico _____
informa de que el/la paciente _____
no podrá asistir a su centro educativo en un tiempo previsible de _____
por los siguientes motivos de salud ⁽¹⁾:

(1)

Cuando la causa de la baja se relacione con patologías de salud mental esta solicitud deberá ir acompañada de unas orientaciones del Departamento de Psiquiatría que incluirán unas pautas de actuación para poder realizar el apoyo educativo de forma adecuada.

Horario de coordinación del Servicio de Psiquiatría con el profesorado del SAED:

Cuando la causa de la baja se relacione con enfermedades infectocontagiosas esta solicitud deberá ir acompañada de unas orientaciones médicas sobre medidas preventivas para el profesorado.

_____, a ____ de _____ de 20____

Fdo.: _____

Sello del/de la colegiado/a

Sello de la institución sanitaria