
	ALCALDIA DE FLORENCIA SECRETARIA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL AREA DE CALIDAD EDUCATIVA EQUIPO DOCENTE DE APOYO PEDAGOGICO A POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR NIT: 900.009.397-4 RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN NO.0609 DEL 02 DE NOVIEMBRE DE 2005 ANEXO 2.6 FORMATO DE REMISIÓN PROFESIONAL	
---	--	--

FORMATO REMISION AL PROFESIONAL DE LA SALUD Y/O A LA ENTIDAD PERTINENTE										
DATOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA										
NOMBRE		NÚMERO DE CONTACTO		DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO						
DATOS DEL PROFESIONAL DE APOYO QUE REALIZA LA IMPRESIÓN PEDAGOGICA										
Nombre:			Perfil profesional:			Fecha de evaluación				
Número de contacto			Dirección de correo electrónico							
DATOS DEL ESCOLAR REMITIDO										
Nombre del estudiante:				Curso	Edad	Fecha de nacimiento				
BARRERAS ENCONTRADAS										
Dificultades Cognitivas				Dificultades Auditivas				Dificultades Visuales		
Dificultades Motoras				Dificultades de Aprendizaje				Otras		
Profesional al que se remite al estudiante				Fonoaudiólogo		Médico General		Pediatria		
				Psicólogo		Psiquiatria		Trabajador social		
				Otro (cual)						
Entidad a la cual se remite al estudiante										
OBSERVACIONES GENERALES										
FIRMA DEL PROFESIONAL DE APOYO QUE RELIZA LA REMISIÓN										



ALCALDIA DE FLORENCIA
SECRETARIA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL
AREA DE CALIDAD EDUCATIVA
EQUIPO DOCENTE DE APOYO PEDAGOGICO A POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR
NIT: 900.009.397-4
RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN NO.0609 DEL 02 DE NOVIEMBRE DE 2005
ANEXO 2.6 FORMATO DE REMISIÓN PROFESIONAL

