



Unidad Técnico-Pedagógica

Nº Registro Interno

/2025.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE EVALUACIÓN DIFERENCIADA

NOMBRE ALUMNO/A: _____

CURSO: _____ (indique: A/B) PROFESOR/a JEFE: _____

FECHA SOLICITUD: _____/_____/2025.

Razones para solicitar Evaluación Diferenciada: (Especificar diagnóstico de especialista tratante)

Asignaturas en las que solicita Evaluación Diferenciada (marque con un x) (debe estar respaldado por especialista externo)

Lenguaje y Comunicación		Ciencias Naturales/Biología		Artes	
Inglés		Física		Música	
Matemática		Química		Tecnología	
Historia		Filosofía		Formación Cristiana	
Educación Física y Salud					

Presenta Evaluación Diferenciada años anteriores:

SI ____ NO ____

indique el/os año/s: _____

Adjunta certificados médicos y/o de especialista: (marque con x)

Neurológico		Psicopedagógico		Kinesiológico	
Neuropsiquiatra		Psicológico		Fonoaudiólogo	
Terapeuta Ocupacional		Psiquiátrico		Otros	

Señalar datos de contacto de especialista tratante:

Nombre: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

NOMBRE Y FIRMA APODERADO