

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE EVALUACIÓN DIFERENCIADA**

NOMBRE ALUMNO/A : _____

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

FECHA SOLICITUD: _____/_____/2018.

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	

Presenta Evaluación Diferenciada años anteriores:

Año 2016: SI ____ NO ____

Año 2017: SI ____ NO ____

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