

## ANEXO II - RESPUESTA A LA SOLICITUD DE APOYO EDUCATIVO HOSPITALARIO O DOMICILIARIO

Delegación Provincial de...

La solicitud de apoyo educativo hospitalario o domiciliario de

Apellidos de la alumna o del alumno	
Nombre de la alumna o del alumno	
Curso académico	

Ha sido recibida en la Delegación Provincial el día:

La solicitud de apoyo educativo es: ESTIMADA ☐ DESESTIMADA ☐

### Iniciándose los trámites para su atención desde ese momento

El profesorado asignado por la coordinadora o el coordinador del E.A.E.H.D. es

E.A.E.H.D.	
Atención hospitalaria	Atención domiciliaria
Días de atención	

Apellidos profesor/a 1	
Nombre profesor/a 1	

Apellidos profesor/a 2	
Nombre profesor/a 2	

#### Les recordamos su compromiso de:

- Acordar un horario con el citado E.A.E.H.D., avisando con la suficiente antelación cuando, por causas debidamente justificadas, el alumno/a no pueda recibir la clase.
- Asegurar la permanencia de algún familiar mayor de edad en el domicilio durante dicho horario.
- Proporcionar un lugar adecuado en el domicilio para llevar adelante el trabajo de atención educativa.

Igualmente, les recordamos que el incumplimiento reiterado de los compromisos adquiridos puede ser causa de suspensión del Apoyo Educativo.

Apellidos de la madre, el padre o el/la tutor/a	
Nombre de la madre, el padre o el/la tutor/a	
Dirección	
Código postal	
Localidad y provincia	
Teléfono 1 (persona)	
Teléfono 2 (persona)	
Teléfono 3 (persona)	
Centro educativo	

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fecha de  
recepción: \_\_\_\_\_  
Coordinador/a del E.A.E.A.D.

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_  
Madre – padre – tutora – tutor

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_