

PLAN DE SOPORTE INDIVIDUALIZADO – EDUCACIÓN INFANTIL

1. DATOS DEL ALUMNO/A	
Nombre y apellidos:	
Fecha de nacimiento:	
Nombre del padre, madre o tutor/a:	
Dirección:	Teléfono:
Curso:	
Tutor/a (responsable del PI):	

2. JUSTIFICACIÓN
Motivado por: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Informe de reconocimiento de necesidades específicas de soporte educativo.<input type="checkbox"/> Evaluación psicopedagógica.<input type="checkbox"/> Decisión de la comisión de atención a la diversidad (CAD) a propuesta de _____ (EAP/tutor/docente/familia...) motivada por _____<input type="checkbox"/> Otras: _____
Breve justificación de las necesidades de elaboración del PI:

3. PROFESIONALES Y SERVICIOS QUE INTERVIENEN
<input type="checkbox"/> Tutor/a de clase (responsable del PI)
<input type="checkbox"/> Soporte intensivo a la escolarización inclusiva (SIEI)
<input type="checkbox"/> Soporte intensivo a la audición y al lenguaje (SIAL)
<input type="checkbox"/> Maestro/a de educación especial
<input type="checkbox"/> Otros profesionales (educador/a, técnico/a de integración social (TIS), monitor/a para niños con NEE...)
<input type="checkbox"/> Equipo de asesoramiento pedagógico (EAP)/ trabajador/a social
<input type="checkbox"/> Servicios sociales
<input type="checkbox"/> Centro de desarrollo infantil y atención precoz (CDIAP)
<input type="checkbox"/> Centro de recursos educativos para deficientes auditivos (CREDA), centro de recursos educativos para deficientes visuales (CREDV), centro de educación especial como centros proveedores de servicios y recursos (CEEPSIR), fisioterapeuta...
<input type="checkbox"/> Soportes externos (centros de psicopedagogía, refuerzo escolar, actividades del plan educativo de entorno...)
<input type="checkbox"/> Actividades extraescolares
<input type="checkbox"/> Becas/ayudas
<input type="checkbox"/> Otros servicios

4. PROPUESTA EDUCATIVA

Medidas y soportes que se tendrán en cuenta para el curso

Adaptaciones metodológicas	
En todas las asignaturas	Adaptación
Adaptaciones curriculares	
Área o asignatura	Adaptación

Horario, únicamente si se producen cambios en él.

Horas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9.00-12.30h					
Medio día					
15.00-16.30h					

5. CONFORMIDAD DEL PLAN DE SOPORTE INDIVIDUALIZADO

El padre, la madre o los tutores legales son informados de este plan de soporte individualizado y acuerdan el seguimiento con el tutor/a del alumno/a.

**Firma del padre, madre
o tutor/a legal**

**Firma del tutor/a del alumno/a
del alumno/a**

**Conformidad y aprobación
del director/a**

Fecha:

Sello del centro:

6. REUNIONES DE SEGUIMIENTO Y ACUERDOS CON EL ALUMNO/A, PADRE, MADRE O TUTORES LEGALES

Fecha	Agentes participantes	Temas tratados	Acuerdos

7. REUNIONES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE SOPORTE INDIVIDUALIZADO CON LOS PROFESIONALES IMPLICADOS

Fecha	Agentes participantes	Temas tratados	Acuerdos

8. ACUERDOS SOBRE LA CONTINUIDAD DEL PLAN DE SOPORTE INDIVIDUALIZADO

Fecha	Agentes participantes	Acuerdos	Observaciones
		<input type="checkbox"/> Continuidad <input type="checkbox"/> Revisión <input type="checkbox"/> Finalización	