



Govern de les Illes Balears

Conselleria d'Educació, Cultura i Universitats
Direcció General d'Ordenació,
Innovació i Formació Professional

INFORME MÈDIC SERVEI D'ATENCIÓ EDUCATIVA DOMICILIÀRIA (SAED)

El/La doctor/a _____ núm. de col·legiat _____

del Servei de _____

del centre sanitari _____

informa que el/la pacient _____

no podrà assistir al seu centre educatiu per un temps previsible de _____, el que justifica a tots els efectes l'atenció educativa de l'alumne pel Servei d'Atenció Educativa Domiciliària (SAED).

_____, _____ de _____ de _____

Signatura:

Segell

- *Quan la no assistència al centre educatiu es relacioni amb patologies de salut mental aquesta sol·licitud haurà d'anar acompanyada d'unes orientacions inicials del departament de psiquiatria que inclouran unes pautes d'actuació per poder realitzar el suport educatiu de forma adequada.*

Telèfon de contacte de psiquiatria:

Horari de coordinació de psiquiatria amb el professorat SAED:

- *Quan la causa de no assistència al centre educatiu es relacioni amb malalties infectocontagioses aquesta sol·licitud haurà d'anar acompanyada d'unes orientacions mèdiques sobre mesures preventives per al professorat del SAED.*