

 	<p><b>ALCALDIA DE FLORENCIA</b>          SECRETARIA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL          AREA DE CALIDAD EDUCATIVA          EQUIPO DOCENTE DE APOYO PEDAGOGICO A POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD  <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR</b>          NIT: 900.009.397-4          RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN NO.0609 DEL 02 DE NOVIEMBRE DE 2005          ANEXO 2.6 FORMATO DE REMISIÓN PROFESIONAL</p>	
---	---	--

<b>FORMATO REMISION AL PROFESIONAL DE LA SALUD Y/O A LA ENTIDAD PERTINENTE</b>									
<b>DATOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA</b>									
<b>NOMBRE</b>		<b>NÚMERO DE CONTACTO</b>		<b>DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO</b>					
<b>DATOS DEL PROFESIONAL DE APOYO QUE REALIZA LA IMPRESIÓN PEDAGOGICA</b>									
<b>Nombre:</b>			<b>Perfil profesional:</b>			<b>Fecha de evaluación</b>			
<b>Número de contacto</b>			<b>Dirección de correo electrónico</b>						
<b>DATOS DEL ESCOLAR REMITIDO</b>									
<b>Nombre del estudiante:</b>				<b>Curso</b>	<b>Edad</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>			
<b>BARRERAS ENCONTRADAS</b>									
<b>Dificultades Cognitivas</b>			<b>Dificultades Auditivas</b>			<b>Dificultades Visuales</b>			
<b>Dificultades Motoras</b>			<b>Dificultades de Aprendizaje</b>			<b>Otras</b>			
<b>Profesional al que se remite al estudiante</b>			Fonoaudiólogo		Médico General		Pediatria		
			Psicólogo		Psiquiatria		Trabajador social		
			Otro (cual)						
<b>Entidad a la cual se remite al estudiante</b>									
<b>OBSERVACIONES GENERALES</b>									
<b>FIRMA DEL PROFESIONAL DE APOYO QUE RELIZA LA REMISIÓN</b>									



**ALCALDIA DE FLORENCIA**  
SECRETARIA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL  
AREA DE CALIDAD EDUCATIVA  
EQUIPO DOCENTE DE APOYO PEDAGOGICO A POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD  
**INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR**  
NIT: 900.009.397-4  
RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN NO.0609 DEL 02 DE NOVIEMBRE DE 2005  
ANEXO 2.6 FORMATO DE REMISIÓN PROFESIONAL

