

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE EVALUACIÓN DIFERENCIADA**

NOMBRE ALUMNO/A : \_\_\_\_\_

CURSO: \_\_\_\_\_ (indique: A/B/C) PROFESOR JEFE: \_\_\_\_\_

FECHA SOLICITUD: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2021.

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:

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Años: \_\_\_\_\_

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