

Informativo CA N°2/2018

La Florida, Marzo de 2018.

Estimados Padres y Apoderados:

Junto con saludarlos y desearles un buen año 2018, le informo, que con fin de agilizar y facilitar los procedimientos administrativos en nuestro colegio, se dispuso en nuestro portal <http://www.institutolasalle.cl/>, los siguientes documentos:

- ✚ **Formulario Solicitud de Evaluación Diferenciada.**
Para descargar documento "[click Aquí](#)"
- ✚ **Formulario Viaje Programado.**
Para descargar documento "[click Aquí](#)"

Recuerde que debe presentar la documentación requerida y el formulario en Coordinación Académica, de lunes a jueves de 08.40 a 13.00 hrs. - 14.30 a 17.30 hrs. y viernes 08.40 a 13.00 horas, considerando los plazos establecidos en Reglamento Interno de Evaluación del Instituto La Salle 2018.

Fraternalmente en Cristo y De La Salle,

ELIZABETH CORRALES GÁLVEZ
Jefa Unidad Técnica Pedagógica

FORMULARIO SOLICITUD EVALUACIÓN DIFERENCIADA

Para solicitar evaluación diferenciada, complete correctamente el siguiente formulario, y con ello, adjunte informe psicopedagógico vigente y/o certificado del profesional externo tratante del estudiante.

1. IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre:	
RUN:	Nacionalidad:
F. Nacimiento: años, meses.	Edad cronológica:
Curso:	Fecha solicitud:
Domicilio:	Comuna:
Fono:	Correo electrónico:
Apoderado:	

2. ANTECEDENTES ESCOLARES (Marque con una "X", según corresponda)

	Sí	No	Especificar
Asistió a Pre-Kinder.			¿Dónde?
Asistió a Escuela de Lenguaje.			¿Cuál?
Ha reprobado cursos.			¿Cuáles?
Cuenta con apoyo pedagógico externo			¿Con qué frecuencia?

Responda las siguientes preguntas	
Ingresa al ILS a cursar:	
Promedio general semestre anterior:	
Promedio Lenguaje semestre anterior:	
Promedio Matemática semestre anterior:	
Promedio Inglés semestre anterior:	

3. DIAGNOSTICO DEL ESTUDIANTE. (Marque con una "X", según corresponda)

N.E.E. Transitorias	N.E.E. Permanentes
Trastorno del desarrollo del lenguaje expresivo.	Trastorno espectro Autista.
Trastorno del desarrollo del lenguaje comprensivo.	Discapacidad auditiva
Trastorno del desarrollo del lenguaje mixto.	Discapacidad visual
Trastorno de déficit atencional con hiperactividad.	Discapacidad intelectual
Trastorno de déficit atencional de predominio inatento.	Discapacidad motora
Trastorno de déficit atencional mixto/combinado.	Multidéficit
Dificultades específicas del aprendizaje del cálculo.	
Dificultades específicas del aprendizaje de la lectura.	
Dificultades específicas del aprendizaje de la lectura y escritura.	
C.I en el rango limítrofe	

4. APOYOS EXTERNOS (Marque con una “X”, según corresponda)

	Sí	No	
Cuenta con apoyo psicológico externo.			¿Con qué frecuencia? _____
Cuenta con apoyo fonoaudiológico externo.			¿Con qué frecuencia? _____
Cuenta con apoyo psicopedagógico externo.			¿Con qué frecuencia? _____
Cuenta con apoyo de terapeutas externo.			_____
Otros			¿Con qué frecuencia? _____ ¿Quién/quienes? _____

5. INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL ESTUDIANTE

- Recibirá apoyo farmacológico: SI _____ NO _____
¿Cuál _____ o _____ cuáles? _____ (dosis)

- ¿Requiere supervisión para medicación en horario escolar? SI _____ NO _____
- Realizará control o reevaluación por el especialista en el mes de :

- El tratamiento indicado rige desde: _____ hasta _____

COMPROMISO DEL APODERADO

Yo, _____, apoderado(a) del alumno _____ del curso _____ de Enseñanza _____, me comprometo a apoyar a mi hijo y acoger las orientaciones dadas desde los profesionales del colegio en relación a:

1.- Mantener el (o los) tratamiento(s) y/o medidas de apoyo: (especificar cuáles)

2.- Entregar certificado(s) de diagnóstico, controles y estados de avance, a más tardar el último día hábil de los meses de:

marzo	julio	noviembre
-------	-------	-----------

Los certificados deben estipular la **asistencia** regular del tratamiento, los **avances logrados** hasta la fecha y la **necesidad de mantener la evaluación diferenciada**, con sugerencias para tal efecto.

Nombre y Firma Apoderado

Nombre y Firma jefa de UTP

Santiago _____ / _____ de 2018

Nota: De no presentar dichos certificados en las fechas estipuladas, o no cumplir con la mantención de los tratamientos y apoyos, el colegio asumirá que se encuentra de alta y se procederá a suprimir indicación de Evaluación Diferenciada.

AVISO VIAJE PROGRAMADO DE ESTUDIANTE

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:
Cédula de Identidad:	N° de Pasaporte (en el caso de extranjeros):	
Curso:	Celular:	Correo Electrónico:

INFORMACIÓN VIAJE PROGRAMADO

Fecha Inicio		Fecha Regreso			Lugar	
MOTIVO DE LA AUSENCIA A CLASES:						
Adjunto Copias Ticket Aéreo – Pasajes:						

NOTIFICA INFORMACIÓN

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:
Cédula de Identidad:	Parentesco:	
Teléfono Particular:	Teléfono Oficina:	Celular:
Correo Electrónico:		
<p><i>Tomo conocimiento y asumo como Padre y Apoderado, que respecto a las evaluaciones no aplicadas al estudiante, durante este período, que se solicitará a los docentes programar las fechas junto al estudiante, posterior al viaje. Cabe destacar, que los aprendizajes no adquiridos por el estudiante durante los días de ausencia, será de única y exclusiva responsabilidad del apoderado y estudiante.</i></p>		
Firma		

De acuerdo a la SÍNTESIS DE MODIFICACIONES AL REGLAMENTO DE EVALUACIÓN – Aplicadas a partir de marzo de 2017, indica:

En caso de una inasistencia por ausencia programada, el apoderado deberá presentarse en la Unidad Técnica Pedagógica para dar cuenta por escrito de la situación. Las evaluaciones deberán ser recalendarizadas durante un mes calendario, por el estudiante con cada profesor(a) respectivo. En caso de no recalendarizar, el docente estará facultado para evaluar al estudiante cuando él lo estime conveniente.

TODOS LOS CASILLEROS DEBEN SER COMPLETADOS EN FORMA OBLIGATORIA Y CON LETRA IMPRENTA LEGIBLE.