

## ANEXO II

### INFORME MÉDICO

*El Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario (SAED) está dirigido al alumnado que, por prescripción facultativa, no puede continuar con su asistencia regular al centro, siempre que su periodo de convalecencia sea superior a un mes.*

D/ña. \_\_\_\_\_ con N° de colegiado/a \_\_\_\_\_  
médico especialista del Servicio de \_\_\_\_\_  
del centro sanitario \_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
informa de que el/la paciente \_\_\_\_\_  
no podrá asistir a su centro educativo en un tiempo previsible de \_\_\_\_\_  
por los siguientes motivos de salud <sup>(1)</sup>:

(1)

Cuando la causa de la baja se relacione con patologías de salud mental esta solicitud deberá ir acompañada de unas orientaciones del Departamento de Psiquiatría que incluirán unas pautas de actuación para poder realizar el apoyo educativo de forma adecuada.

Horario de coordinación del Servicio de Psiquiatría con el profesorado del SAED:

\_\_\_\_\_

Cuando la causa de la baja se relacione con enfermedades infectocontagiosas esta solicitud deberá ir acompañada de unas orientaciones médicas sobre medidas preventivas para el profesorado.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

Sello del/de la colegiado/a

Sello de la institución sanitaria