Form.013 A

****

**ACTA DE ACUERDO DE INTEGRACION ESCOLAR**

***Completar todos los campos del formulario.***

Fecha:..........................

En el día de la fecha, en la ciudad de ..................................se establece el presente acuerdo entre la

Escuela................................................................con domicilio sito en .......................................................................

Representada por ...........................................................,la Maestra/o de apoyo que llevara a cabo la Integración, el

Equipo de apoyo a la Integración Escolar representado por..........................................................................................

Y la familia del niño/a .......................................................con D.N.I........................................ Para llevar a cabo la

Integración del niño/a en el año/sala.......................... Turno......................................ciclo lectivo 2024.

Nombre del profesional a cargo de la actividad áulica...................................................................................................

**CRONOGRAMA-HORARIOS DE ASISTENCIA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes |
| Horarios (desde-hasta) |  |  |  |  |  |

**La Institución educativa y la Maestra de apoyo/Equipo de AIE se comprometen a:**

**\***Atender al /a la niño/a según las necesidades vinculadas a su educación.

\* Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.

\* Acordar criterios de evaluación, clasificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio

de Educación.

\* Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria.

\* El cumplimiento de la carga horaria establecida en Marco Básico de Organización para personas con

Discapacidad (Res.1328/06-MS).

Hoja 1

Form.013 B

****

**La familia se compromete a:**

\*Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.

\*Compartir el seguimiento del proceso de Integración y promoción.

\*Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.

\*Hacer que el alumno mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica

de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de Integración.

**La continuidad del alumno en el Proyecto de Integración escolar será evaluada por el Colegio y el Equipo de Apoyo a la**

**Integración Escolar, quienes en forma conjunta podrán considerar toda vez, que el caso lo amerite, un cambio de**

**estrategia tendiente o facilitar el logro de los objetivos educativos planteados para el/la niño/a.**

**La no continuidad del proyecto podrá darse por:**

**\*Incumplimiento de los ítems mencionados UT-supra.**

**\*Falta de progreso significativo en el aprendizaje.**

**\*Modificaciones importantes en la conducta.**

**\*Detectarse incumplimiento en la asistencia del profesional declarado para el acompañamiento áulico y toda vez que**

**este sea reemplazado por otro profesional no declarado.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma y sello Firma Padre/Madre/Tutor Firma y sello del Profesional/Institución**

**del Representante de la Escuela que brinda el Apoyo**

Avda. Jujuy 110 3 A y B (1083) C.A.B.A

Tel: 4956-0954 / 4956-0321 E-MAIL jcg1129@hotmail.com

Hoja 2