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