

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE EVALUACIÓN DIFERENCIADA**

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

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

FECHA SOLICITUD: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2024.

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	
Educación Física y Salud					

Presenta Evaluación Diferenciada años anteriores:

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ indique el/os año/s: \_\_\_\_\_

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