REUNIÓN EQUIPO DOCENTE. SOLICITUD ADAPTACIONES EN LA PRUEBA DE EVALUACIÓN DE BACHILLERATO PARA EL ACCESO A LA UNIVERSIDAD

FECHA	
CÓDIGO CENTRO	
DENOMINACIÓN CENTRO	
NOMBRE Y APELLIDOS ALUMNO/A	

Reunido el equipo docente del curso y grupo al que pertenece el alumno/a arriba indicado, firman todos los asistentes y en su caso confirman las adaptaciones solicitadas en el Anexo I.

PROFESOR/A NOMBRE Y APELLIDOS	ASIGNATURA	FIRMA ASISTENCIA	Las adaptaciones solicitadas en Anexo I **son coincidentes** con aquellas que se han venido aplicando para el alumno/a a lo largo de su escolarización **(FIRMA PROFESOR/A)**

El Orientador/a Vto Bº Director/a El Tutor/a

Fdo: Fdo: Fdo: