# ANEXO IV

**SOLICITUD DE ADAPTACIÓN POR CINCUNSTANCIAS SOBREVENIDAS O TEMPORALES.**

* 1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDOS: | | |
| Fecha de. nacimiento: |  | D.N.I./NIE: |
| Padre/Tutor legal: | | |
| Madre/Tutor legal: | | |
| Teléfono: |  | Correo electrónico: |
| Etapa cursada: Bachillerato |  | Formación Profesional |

* 1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO:**

|  |  |
| --- | --- |
| CENTRO: | Código: |
| Localidad: | |
| Teléfono: | Correo electrónico: |

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA A ESTA SOLICITUD:

* Certificado médico que incluya la adaptación que se precise.

El/La Director/a del centro

Fdo.: