

(ANEXO II)

## SOLICITUD DE APOYO DEL SERVICIO DE APOYO ITINERANTE A ALUMNADO INMIGRANTE (SAI)

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_,  
como Director/a del IES  CEIP  CC \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
¿Tiene asignado el centro Profesor de Compensatoria? \_\_\_\_\_  
Profesor/a responsable \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

SOLICITA que le sea concedido el asesoramiento del Servicio de Apoyo Itinerante a alumnado inmigrante (SAI) para la atención de \_\_\_\_\_ <sup>(1)</sup> alumnos de nueva incorporación al centro con desconocimiento del español (en relación adjunta) con el fin de que, durante un cuatrimestre, apoye a estos alumnos en la adquisición de competencias comunicativas básicas y colabore con el profesorado del centro que dirijo en la planificación y el desarrollo de:

- Acciones de apoyo para la adquisición de la lengua de acogida y para la incorporación al proceso educativo de la perspectiva intercultural.
- El desarrollo de programas de acogida que favorezcan la inserción socioafectiva del alumnado inmigrante.

(1) Indíquese el número de alumnos

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA DIRECTOR/A DEL CENTRO,

SELLO DEL CENTRO

Fdo.: \_\_\_\_\_

**Una vez cumplimentado este formulario, enviar por e-mail al servicio de la Unidad de Programas Educativos:  
[upesur@madrid.org](mailto:upesur@madrid.org)**

**ILMO. DIRECTOR DEL ÁREA TERRITORIAL DE MADRID-SUR**



## Comunidad de Madrid

### RELACIÓN DE ALUMNADO INMIGRANTE O REFUGIADO CON DESCONOCIMIENTO DEL ESPAÑOL

APELLIDOS Y NOMBRE DEL ALUMNO (SIGLAS)	FECHA DE NACIMIENTO	CURSO	FECHA DE INCORPORACIÓN AL CENTRO	PAÍS DE ORIGEN	LENGUAS QUE HABLA	NIVEL DE CASTELLANO

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA DIRECTOR/A DEL CENTRO \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_