

A DADES DEL SOL·LICITANT / DATOS DEL SOLICITANTE
DADES DEL XIQUET/A / DATOS DEL NIÑO/A

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	
SIP	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	

DADES DEL TUTOR O REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	
DNI	TELÈFON / TELÉFONO	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA
			CP

B DADES DEL REMITENT / DATOS DEL REMITENTE

CENTRE DERIVANT / CENTRO DERIVANTE				
COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		
ESPECIALITAT / ESPECIALIDAD		ADREÇA DEL CENTRE / DIRECCIÓN DEL CENTRO		
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO	TELÈFON / TELÉFONO	FAX

C MOTIU DE LA SOL·LICITUD: / MOTIVO DE LA SOLICITUD:
 Ordinària
 Preferent

Motiu de la preferència:
Motivo de la preferencia:
Motiu de la sol·licitud (marcar tots els motius que corresponguen, no són excloents):
Motivo de la solicitud (marcar todos los motivos que correspondan, no son excluyentes):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Risc biològic:
<i>Riesgo biológico:</i> | <input type="checkbox"/> Trastorns de l'expressió somàtica
<i>Trastornos de la expresión somática</i> |
| <input type="checkbox"/> Prenatal <input type="checkbox"/> Perinatal <input type="checkbox"/> Postnatal | <input type="checkbox"/> Trastorns emocionals
<i>Trastornos emocionales</i> |
| <input type="checkbox"/> Trastorn del desenvolupament motor
<i>Trastorno del desarrollo motor</i> | <input type="checkbox"/> Trastorns de la conducta
<i>Trastornos de la conducta</i> |
| <input type="checkbox"/> Trastorns sensorials (visual, auditiu)
<i>Trastornos sensoriales (visual, auditivo)</i> | <input type="checkbox"/> Alteració en la relació i comunicació
<i>Alteración en la relación y comunicación</i> |
| <input type="checkbox"/> Trastorn psicomotor
<i>Trastorno psicomotor</i> | <input type="checkbox"/> Risc socio familiar
<i>Riesgo socio-familiar</i> |
| <input type="checkbox"/> Trastorns en el desenvolupament cognitiu
<i>Trastornos en el desarrollo cognitivo</i> | <input type="checkbox"/> Altres:
<i>Otros:</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorns en el desenvolupament del llenguatge
<i>Trastornos en el desarrollo del lenguaje</i> | |

 DESCRIPCIÓ DEL MOTIU:
 DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO:

**D CENTRES SELECCIONATS (PER ORDRE DE PREFERÈNCIA)
CENTROS SELECCIONADOS (POR ORDEN DE PREFERENCIA)**

CENTRE 1 / CENTRO 1 NOM DE CENTRE: / NOMBRE DE CENTRO:	CENTRE 2 / CENTRO 2 NOM DE CENTRE: / NOMBRE DE CENTRO:	CENTRE 3 / CENTRO 3 NOM DE CENTRE: / NOMBRE DE CENTRO:
Motiu de l'elecció: / Motivo de la elección: <input type="checkbox"/> Per tipologia <input type="checkbox"/> Per localització	Motiu de l'elecció: / Motivo de la elección: <input type="checkbox"/> Per tipologia <input type="checkbox"/> Per localització	Motiu de l'elecció: / Motivo de la elección: <input type="checkbox"/> Per tipologia <input type="checkbox"/> Per localització

 INDIFERENT:
 INDIFERENTE:

 OBSERVACIONS:
 OBSERVACIONES:

_____, ____ d _____ de _____

Signatura del sol·licitant (tutor o representant legal)
 Firma del solicitante (tutor o representante legal)

Signatura del remitent
 Firma del remitente

A DADES DEL SOL·LICITANT / DATOS DEL SOLICITANTE
DADES DEL XIQUET/A / DATOS DEL NIÑO/A

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	
SIP	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	

DADES DEL TUTOR O REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	
DNI	TELÈFON / TELÉFONO	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA
			CP

B DADES DEL REMITENT / DATOS DEL REMITENTE

CENTRE DERIVANT / CENTRO DERIVANTE				
COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		
ESPECIALITAT / ESPECIALIDAD		ADREÇA DEL CENTRE / DIRECCIÓN DEL CENTRO		
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO	TELÈFON / TELÉFONO	FAX

C MOTIU DE LA SOL·LICITUD: / MOTIVO DE LA SOLICITUD:
 Ordinària
 Preferent

Motiu de la preferència:
Motivo de la preferencia:
Motiu de la sol·licitud (marcar tots els motius que corresponguen, no són excloents):
Motivo de la solicitud (marcar todos los motivos que correspondan, no son excluyentes):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Risc biològic:
<i>Riesgo biológico:</i> | <input type="checkbox"/> Trastorns de l'expressió somàtica
<i>Trastornos de la expresión somática</i> |
| <input type="checkbox"/> Prenatal <input type="checkbox"/> Perinatal <input type="checkbox"/> Postnatal | <input type="checkbox"/> Trastorns emocionals
<i>Trastornos emocionales</i> |
| <input type="checkbox"/> Trastorn del desenvolupament motor
<i>Trastorno del desarrollo motor</i> | <input type="checkbox"/> Trastorns de la conducta
<i>Trastornos de la conducta</i> |
| <input type="checkbox"/> Trastorns sensorials (visual, auditiu)
<i>Trastornos sensoriales (visual, auditivo)</i> | <input type="checkbox"/> Alteració en la relació i comunicació
<i>Alteración en la relación y comunicación</i> |
| <input type="checkbox"/> Trastorn psicomotor
<i>Trastorno psicomotor</i> | <input type="checkbox"/> Risc socio familiar
<i>Riesgo socio-familiar</i> |
| <input type="checkbox"/> Trastorns en el desenvolupament cognitiu
<i>Trastornos en el desarrollo cognitivo</i> | <input type="checkbox"/> Altres:
<i>Otros:</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorns en el desenvolupament del llenguatge
<i>Trastornos en el desarrollo del lenguaje</i> | |

 DESCRIPCIÓ DEL MOTIU:
 DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO:

**D CENTRES SELECCIONATS (PER ORDRE DE PREFERÈNCIA)
CENTROS SELECCIONADOS (POR ORDEN DE PREFERENCIA)**

CENTRE 1 / CENTRO 1 NOM DE CENTRE: / NOMBRE DE CENTRO:	CENTRE 2 / CENTRO 2 NOM DE CENTRE: / NOMBRE DE CENTRO:	CENTRE 3 / CENTRO 3 NOM DE CENTRE: / NOMBRE DE CENTRO:
Motiu de l'elecció: / Motivo de la elección: <input type="checkbox"/> Per tipologia <i>Por tipología</i> <input type="checkbox"/> Per localització <i>Por localización</i>	Motiu de l'elecció: / Motivo de la elección: <input type="checkbox"/> Per tipologia <i>Por tipología</i> <input type="checkbox"/> Per localització <i>Por localización</i>	Motiu de l'elecció: / Motivo de la elección: <input type="checkbox"/> Per tipologia <i>Por tipología</i> <input type="checkbox"/> Per localització <i>Por localización</i>
INDIFERENT: / INDIFERENTE:		
OBSERVACIONS: / OBSERVACIONES:		

 _____, _____ d _____ de _____
 Signatura del sol·licitant (tutor o representant legal)
 Firma del solicitante (tutor o representante legal)

 Signatura del remitent
 Firma del remitente