



**Informe Final de Adecuaciones Curriculares**  
**Nivel de Educación Media -Ciclo Diversificado-**  
**Ciclo escolar**

Código del establecimiento educativo

□□ - □□ - □□□□ - □□

**Datos del Centro Educativo**

Nombre del Centro Educativo   
Dirección del Centro Educativo   
Departamental de Educación  Municipio   
Sector  Jornada  Modalidad:   
Nombre del/la Director(a)    
Nombres Apellidos

**Datos del/la estudiante**

Nombre del/la estudiante    
Nombres Apellidos  
Código personal  -  -  Fecha de nacimiento  /  /    
Día Mes Año Edad:   
Sexo:  Comunidad étnica  Grado:  Sección   
Nombre de la carrera

**Necesidades Educativas Especiales asociadas a discapacidad que presenta el estudiante**

**Discapacidad auditiva**  
 Hipoacusia  Sordera  
¿Utiliza aparato auditivo?  Sí  No  
¿Se comunica con lengua de señas?  Sí  No

**Discapacidad visual**  
 Baja visión ¿Utiliza ayudas ópticas?  Sí  No  
 Ceguera ¿Lee y escribe en Sistema Braille?  Sí  No

**Sordoceguera**  
 ¿Se comunica con lengua de señas?  Sí  No

**Trastornos del Neurodesarrollo**  
 Discapacidad Intelectual  Trastorno del Espectro Autista  
 Otra (describe)

Gente pequeña  
 Discapacidad física o motora   
 Enfermedades raras o síndrome asociado a discapacidad   
 Discapacidad múltiple   
 Discapacidad Mental o Psicosocial

Describa con sus palabras algunas características relevantes sobre la NEE que presenta el estudiante.

**Continúe en la siguiente** 

Los infrascritos declaramos y juramos que la información consignada es verídica.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_



Nombre del/la Director(a) del Centro Educativo



Nombre del/la Supervisor(a) Educativo(a)



Nombre del/la Coordinador(a) de Educación Especial

**NOTA:** Ley de Educación Especial para las personas con Capacidades Especiales, **Decreto Legislativo 58-2007** de fecha 13 de noviembre de 2007, artículo 8. Acuerdo Ministerial 1171-2010, Reglamento de Evaluación de los Aprendizajes, de fecha 15 de julio de 2010. Artículo 40 y 41.

