

MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA **INTEGRACIÓN ESCOLAR**

FECHA / /

BENEFICIARIO: Nombre y Apellido

DNI

EDAD

Solicito módulo de apoyo a la integración escolar con equipo.

Desde hasta 2026.

Diagnóstico:

.....
Firma (puño y letra) del profesional solicitante

.....
Sello del profesional solicitante