

SOLICITUD DE ADAPTACIÓN DE PRUEBAS

DECLARACIÓN RESPONSABLE

(Alumnado con discapacidad)

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
DNI	Teléfono		Correo electrónico		
Dirección					
Localidad			C.P. Provincia		

DECLARA:

Que, teniendo reconocida una discapacidad auditiva, visual o de movilidad igual o superior al 33%, solicita la adaptación de las pruebas para el curso en el que está matriculado/a.

Tipo de adaptación que solicita:

Documentación que presenta:

En Jerez de la Frontera, a __ de _____ de 20__

Firma _____