



(ANEXO II)

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

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, como Director/a del centro  
\_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_,

Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

SOLICITA que le sea concedida la prestación del Servicio de Apoyo Itinerante a Alumnado Inmigrante (S.A.I.) Para la atención de \_\_\_\_\_ (1) 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/as

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

EL/LA DIRECTOR/A DEL CENTRO,

SELLO DEL CENTRO

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

ILMO./ILMA. DIRECTOR/A DEL ÁREA TERRITORIAL DE MADRID- \_\_\_\_\_

# 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.: \_\_\_\_\_