

## 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 \_\_\_\_\_