

Student I.D. Number

Notificación para los padres – reunión del comité de admisiones y salidas

ESTIMADO/A _____
(Nombre del padre o representante en educación o estudiante con derecho, de 18 años o más)

Me gustaría reunirnos para hablar sobre las necesidades educativas de:

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Razones para la reunión (marque todas las que correspondan):

- Para hablar sobre la remisión de una evaluación individual
- Para hablar o tomar decisiones basadas en los resultados de la evaluación individual
- Para ubicar, desarrollar, revisar y/o repasar el IEP (plan de educación especial) del estudiante
- Para hablar sobre las necesidades de la transición post-secundaria, metas, y/o servicios (el estudiante debe ser invitado si está en 8vo grado o un grado más alto, o tiene catorce (14) años o más,)
- Para determinar la necesidad de una reevaluación
- Para hablar sobre una acción disciplinaria
- Para discutir el estatus de Medicaid (Si el niño está cubierto por Medicaid, por favor traiga la tarjeta de Medicaid)

Para hablar sobre su solicitud: _____

Otro: _____

<p>Esta reunión está planeada para: <input type="radio"/> Primera Notificación <input type="radio"/> Segunda Notificación</p> <p>Fecha: _____ Hora: _____ Teléfono: _____</p> <p>Lugar: _____ Dirección (Opcional): _____</p> <p><input type="checkbox"/> El padre está de acuerdo con tener la reunión dentro de los siete (7) días, desde la fecha de esta notificación</p> <p>Si usted NO PUEDE asistir a esta reunión, necesita cambiar la fecha o el lugar, necesita un intérprete para la reunión o tiene alguna duda, por favor llame o complete la parte de abajo de este formulario y devuélvala al Representante del Distrito para poder hacer otros planes/arreglos.</p> <p style="text-align: center;">Si la escuela está cerrada debido a inclemencias del tiempo, se fijará otra fecha para la reunión</p>

Las siguientes personas han sido invitadas para asistir a esta reunión:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Maestro/a Regular | <input type="checkbox"/> Terapeuta del Habla | Otras Personas

_____ |
| <input type="checkbox"/> Maestro/a de ECE | <input type="checkbox"/> Terapeuta Físico | |
| <input type="checkbox"/> Psicólogo/a Escolar | <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional | |
| <input type="checkbox"/> Estudiante | | |

Representante de la agencia (s), si es pertinente*, quien ha sido invitado para hablar sobre los servicios de transición (*la invitación es requerida para estudiantes de 16 años y más, cuando la agencia va a ser responsable de proveer servicios de transición. La invitación requiere el previo consentimiento del padre/madre/guardián o del estudiante con derechos, por escrito)

Representante de Agencia: _____ No es necesario en estos momentos

Puede traer a la reunión cualquier información, incluyendo resultados de exámenes formales o informales, ejemplos de tareas, etc. Si lo desea, también puede traer algún experto o alguien que tenga conocimiento sobre su niño/a, o alguien que lo ayude en la reunión.

Sinceramente: _____
Representante del Distrito _____ Fecha _____
Escuela _____ Número Telefónico _____

___ No puedo asistir pero puedo participar vía conferencia telefónica. Pueden contactarme al _____
___ No puedo asistir a la reunión. Por favor realicen la reunión sin mí e infórmenme de los resultados.
___ Me gustaría cambiar esta reunión para la siguiente fecha, hora y lugar: _____
___ Necesito un intérprete para asistir a la reunión. Tipo de intérprete: _____
Nombre del Estudiante _____ Firma del Padre/Madre/Guardián _____ Fecha _____