

Encuesta de Servicios Especiales para Niños

Nombre del niño/niña _____ Grado _____

Dirección _____

Número telefónico _____ Casa Celular Trabajo (marque uno)

***Favor marque todo lo que corresponda:

_____ Mi hijo/hija no ha recibido servicios especiales

_____ Mi hijo/hija sí ha recibido servicios especiales en su escuela anterior

_____ Mi hijo/a tiene un IEP (*Plan de Educación Individualizado por sus siglas en inglés*) de su escuela anterior (Por favor adjunte una copia del IEP a esta página)*

El diagnóstico de mi hijo/a es en la(s) siguiente(s) área(s):

_____ Dificultad auditiva

_____ Problemas del habla

_____ Tutoría de educación especial

_____ Discapacidad específica de aprendizaje (SLD por sus siglas en inglés)

_____ Otro (por favor especifique) _____

Firma del padre/madre/guardián

Fecha

**Si no tiene copia del IEP, favor de completar la siguiente información:*

Nombre de la escuela anterior _____

Dirección de la escuela anterior _____

Ciudad

Estado

Numero telefónico de la escuela anterior _____

Persona de contacto en la escuela anterior _____