

\_\_\_\_\_ School District

**ENMIENDA AL PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE EDUCACIÓN**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Fecha de la junta: \_\_\_\_\_

Fecha del IEP actual \_\_\_\_\_ No se puede usar esta pagina si no existe un IEP actual.  
Esta pagina es para adjuntarla a la copia completa del IEP actual.

RAZÓN POR LA JUNTA/ENMIENDA AL IEP

CAMBIO DE SERVICIO: \_\_\_\_\_  
DESCONTINUANDO: \_\_\_\_\_ FECHA FINAL: \_\_\_\_\_  
AGREGADO: \_\_\_\_\_ FECHA INICIAL: \_\_\_\_\_  
FRECUENCIA/DURACIÓN: \_\_\_\_\_  
COMENTARIOS:

METAS Y OBJETIVOS ADICIONALES  Si  No

Aprobación de los Padres:  
He recibido una copia extendida de los Derechos de los Padres/Niños y los procedimientos de los Salvaguardas.  Si  No  
Apruebo las metas y objetivos y estoy de acuerdo con su implementación.  Si  No  
Apruebo el cambio/agregado a los servicios/colocación de Educación Especial recomendados.  Si  No  
Apruebo partes del IEP - las partes que no apruebo, están adjuntas.  Si  No

Firma de los Padres/Tutores: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante (Opcional): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Administrador/Designado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Especialista del Habla/Lenguaje \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Maestro de Educación Especial \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Psicólogo Escolar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Maestro de Educación General \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Orto \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Representante del Distrito Escolar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Orto \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Orto \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
KC SELPA R27 Distribution:  District

Intérprete \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Teacher  Parent Rev. 7/15/05