

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 _____
 Distribution: District

Intérprete _____ Fecha _____
 Teacher Parent 5.8 (2008-09)