

Student I.D. Number

Escuelas Públicas del Condado de Hart  
Educación de los Niños Excepcionales (ECE)  
25 Quality Street  
Munfordville, KY 42765

### 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: \_\_\_\_\_

Esta reunión está planeada para:  Primera Notificación  Segunda Notificación

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Dirección (Opcional): \_\_\_\_\_

El padre está de acuerdo con tener la reunión dentro de los siete (7) días, desde la fecha de esta notificación

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.

**Si la escuela está cerrada debido a inclemencias del tiempo, se fijará otra fecha para la reunión**

**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: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Representante del Distrito

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 \_\_\_\_\_