



## PARA SERVIR MEJOR LAS NECESIDADES DE SU HIJO/A, POR FAVOR ASEGÚRESE DE QUE ESTA INFORMACIÓN ESTÉ COMPLETA Y SEA CORRECTA

### 6. SERVICIOS ESPECIALES

Si su hijo/a alguna vez ha recibido Servicios de Educación Especial:		
Tipo de Servicios (ejemplo: terapia del lenguaje, educación especial, etc.)	Escuela, programa, agencia que suministró los servicios	Fechas de Servicio
1.		
2.		
3.		
4.		

A. ¿Recibió este estudiante los servicios de Educación Especial en su escuela anterior?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
B. ¿Participó este estudiante en el Programa de Educación Individualizada (IEP) en su escuela anterior? Si respondió "Sí" a esta pregunta, ¿Trajo una copia del IEP consigo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
C. ¿Participó este estudiante en el Plan de la Sección 504 en su escuela anterior? Si respondió "Sí" a esta pregunta, ¿Trajo una copia del Plan de la Sección 504 consigo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si No <input type="checkbox"/> Si
D. ¿Tiene dificultades este estudiante que interfieren con su capacidad de asistir a la escuela o de aprender?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
E. ¿Se le ha identificado a este estudiante como candidato para los servicios educativos para alumnos dotados y Talentosos?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

### 7. ÓRDENES JUDICIALES

¿Existe alguna orden judicial que restrinja los derechos legales de cualquiera de los padres? No  Si

SI CONTESTÓ "SI", FAVOR ADJUNTAR UNA COPIA DE LA ORDEN JUDICIAL.

### 8. INFORMACION PARA EMERGENCIAS (Persona autorizada para cuidar al estudiante en caso de no poder comunicarse con los padres)

Nombre \_\_\_\_\_ Tel. de tarde o de la casa ( ) \_\_\_\_\_ Tel. de día o del trabajo ( ) \_\_\_\_\_  
 Celular ( ) \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

### 9. FIRMA

Por favor llene esta forma completa y certeramente. Cualquier omisión o datos incorrectos en esta forma pueden resultar en el rechazo de la aplicación o la pérdida del lugar en la escuela. Yo confirmo que esta información es verdadera y correcta.

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Firma de: (Marque uno)  Padre/Madre  Tutor Legal  Otro \_\_\_\_\_

Redesign Schools Louisiana no discrimina por raza, color, religión, edad, nacionalidad, género, orientación sexual, discapacidad, nacionalidad u origen étnico en la administración de sus políticas educativas, políticas de admisión y otros programas administrados por la escuela.

Regrese esta aplicación a:

**Redesign Schools Louisiana**

#### FOR OFFICE USE ONLY

Date Received: \_\_\_\_\_ Offered Enrollment/ \_\_\_\_\_ Offered Waitlist PAR Received: \_\_\_\_\_  
 Records requested on: \_\_\_\_\_  
 Birth Verification: \_\_\_\_\_ Birth Certificate \_\_\_\_\_ Baptismal Certificate \_\_\_\_\_ Passport \_\_\_\_\_ School Record \_\_\_\_\_ Immunization cleared  
 Comments: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_