

**Escuelas del Área de Robbinsdale**  
**Comité asesor de educación especial (SEAC, por sus siglas en inglés)**  
**Solicitud de ingreso para hacerse miembro 2020-2021**

**Nombre y apellido:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Por favor indique que categoría de membresía (puede ser más de una) usted representa:**

\_\_\_\_\_ **Padre/Tutor Miembro**  
Escuela de su hijo/a: \_\_\_\_\_ Grado/Año: \_\_\_\_\_  
Categoría de discapacidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Miembro del personal del distrito escolar**  
Escuela: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_  
Nombre del programa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Miembro de la comunidad**  
Organización/Agencia: \_\_\_\_\_  
Rol/función: \_\_\_\_\_

**Experiencia & Cualificaciones:**

1. ¿Por qué está interesado en hacerse miembro del SEAC? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. ¿Qué perspectivas o habilidades puede contribuir al SEAC? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. ¿Qué preocupaciones del sistema general de educación especial le gustaría que abordáramos o tomáramos en consideración en el SEAC? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Ha participado o estado anteriormente en alguna reunión del SEAC? \_\_\_ Sí \_\_\_ No
5. ¿Ha leído la descripción de la función y requisitos de participación del SEAC<sup>1</sup>? \_\_\_ Sí \_\_\_ No
6. Opcional: liste toda participación pasada o presente en comités de escuelas, distritos escolares o de servicios comunitarios y en otros programas o actividades: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Las solicitudes de ingreso se aceptan continuamente. Por favor envíenos este formulario por correo regular, correo electrónico o fax a:

Dr Meghan Hickey, Directora interino de Servicios Estudiantiles  
meghan\_hickey@rdale.org  
Education Service Center

4148 Winnetka Ave. N., New Hope, MN 55427  
763-504-8600; fax: 763-504-8972