

DISTRITO ESCOLAR DE DAVIS
SOLICITUD de ENVÍO a SERVICIOS
de EDUCACIÓN del ESTUDIANTE en el HOGAR y/o HOSPITALIZADO

ESTUDIANTE: _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL

ESCUELA: _____

GRADO: _____ MALE _____ FEMALE _____

DIRECCIÓN: _____
NÚMERO Y CALLE

NÚMERO DE ESTUDIANTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

CIUDAD ESTADO CORREO POSTAL

TELÉFONO DEL HOGAR _____

TELÉFONO DEL TRABAJO _____

PADRE o TUTOR LEGAL _____

FIRMA DEL PADRE/S O TUTOR LEGAL

DATE

DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD

Esta declaración debe completarse por el médico con licencia, el psicólogo con licencia o el trabajador social con licencia que ofrece el tratamiento y la verificación de la condición que requiere la ausencia de la escuela. USE LA PARTE DE ATRÁS DEL FORMULARIO SI ES NECESARIO.

DECLARACIÓN DIAGNÓSTICA: _____ FECHA DEL EXAMEN: _____

RAZÓN DE DISCAPACIDAD DEL ESTUDIANTE PARA ASISTIR A LA ESCUELA: _____

TIEMPO ESTIMADO QUE EL/LA ESTUDIANTE REQUERIRÁ SERVICIOS EDUCATIVOS: _____
Fecha de inicio _____ Fecha de regreso estimada _____

UBICACIÓN DE LOS SERVICIOS EDUCATIVOS, SI NO ES EN EL HOGAR: _____

¿PUEDE EL ESTUDIANTE ASISTIR A LA ESCUELA TIEMPO PARCIAL? NO SÍ NÚMERO de HORAS APROXIMADA que puede ASISTIR _____
INDICAR LIMITACIONES DEL OFRECIMIENTO DE SERVICIOS EDUCATIVOS (y riesgo de contagio, si se aplica)

DIRECCIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

Por favor, imprima: Nombre DIRECCIÓN DE CALLE CIUDAD CÓDIGO POSTAL

FIRMA DEL MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD _____

FECHA _____

*SPECIAL

EDUCATION SERVICES CURRENTLY? NO _____ YES _____ I.E.P. EXPIRATION DATE _____

*SPECIAL EDUCATION SERVICES IN THE PAST? NO _____ YES _____ DATES _____ *This includes resource services.

DESCRIBE SERVICES _____

<p style="text-align: center;">School Administrator Authorization</p> <p style="text-align: center;">_____ Teacher Assigned</p> <p>_____ School Administrator Signature Date</p>	<p style="text-align: center;">SCHOOL DISTRICT AUTHORIZATION</p> <p>Approved _____ Denied _____</p> <p style="text-align: center;">Reason _____</p> <p>_____ Student Services Administrator Signature Date</p>
--	--