



## **Distrito Escolar de Aberdeen Numero 5**

Servicios de Apoyo del Estudiante

906 Cleveland Street

Aberdeen, WA 98520

## **Apelación para los Servicios de Alta Capacidad**

Fecha de Apelación \_\_\_\_\_

Persona presentando la apelación: \_\_\_\_\_ ☐ Padre/guardián ☐ Maestro/a

### **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha del Examen \_\_\_\_\_

1. Describe las características, comportamientos y/o necesidades de un aprendiz de alta capacidad que tu observaste con este niño/a que reflejan la definición del estado (WAC 392-170-035):

---

---

2. Describe el progreso académico de este niño/a sus habilidades de razonamiento su creatividad y áreas de interés:

---

---

3. Describe como el curricular regular ha sido modificado para cumplir las necesidades especial de este estudiante. Necesidades:

---

---

4. Describe cualquier circunstancia atenuantes que pueden influenciar el empeño de este estudiante en su examen:

---

---

5. Comentarios: \_\_\_\_\_

*Aviso: Usted puede usar más hojas si es necesario para responder las preguntas. Por favor ante cualquier documento que puede ser útil para el Equipo de Colocación del Estudiante que considere varios factores.*

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Por Favor mande esta forma a los Servicios de Apoyo al Estudiante.**