



Date: _____

SPECIAL PROGRAMS ENROLLMENT FORM

Student Name : _____ Grade: _____ Birthdate: ____ / ____ / ____

Medical Coupons? ☐ Yes ☐ No Parent/Legal Guardian Name: _____

Have you or your family moved recently or within the past three years? ☐ Yes ☐ No

Was the purpose of the move to work in agricultural-related activities as a principal means of livelihood? ☐ Yes ☐ No

1. Has your child ever been in a...(check below)

☐	Special Education Class
☐	Speech or Language Therapy
☐	Occupational/Physical Therapy
☐	Counseling
☐	Gifted/Highly Capable Program
☐	Migrant Program
☐	Bilingual/ELL Program
☐	E.C.E.A.P./Headstart/E.P.I.C. Programs

Has a sibling ever been in a...(check below)

☐	Special Education Class
☐	Speech or Language Therapy
☐	Occupational/Physical Therapy
☐	Counseling
☐	Gifted/Highly Capable Program
☐	Migrant Program
☐	Bilingual/ELL Program
☐	E.C.E.A.P./Headstart/E.P.I.C. Programs

2. Does your child have a current Individualized Education Program (IEP)? ☐ Yes ☐ No

3. Does your child have a current 504 Plan at this time? ☐ Yes ☐ No

4. Has your child ever been diagnosed as having...(Check below)

☐	Attention Deficit Disorder	☐	Hyperactivity
☐	Attention Deficit Disorder w/Hyperactivity	☐	Learning Disabilities
☐	Auditory or Visual Problems	☐	Physical/Health Problems
☐	Autism or Asperger's Syndrome	☐	Speech/Language Problems
☐	Developmental Delays	☐	

Please specify, including who made the diagnosis:

5. Does your child have social/emotional or behavior problems which effect his/her performance at school? If yes, please explain:

6. Are there any other concerns or comments that you would like to share with us? _____



Fecha: _____

FORMA DE INSCRIPCIÓN PARA PROGRAMAS ESPECIALES

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____ Cupón medico? ☐ Yes ☐ No

Fecha de Nacimiento del estudiante: ____ / ____ / ____ Nombre del guardián legal: _____

¿Se ha mudado Ud. ¿O su familia recientemente o dentro de los últimos tres años? ☐ Sí ☐ No

¿El motive de la mudanza fue trabajar en actividades relacionadas con la agricultura como el medio principal de ganarse la vida? ☐ Sí ☐ No

1. ¿Ha estado su hijo alguna vez en un... ?
(marque a continuación)

☐	Clase de Educación Especial
☐	Terapia del Habla o Lenguaje
☐	Terapia Ocupacional/Física
☐	Consejería
☐	Programa de Niño Altamente Capaz/Talentoso
☐	Programa Migrate
☐	Programa Bilingüe/ELL
☐	Programas E.C.E.A.P. o Headstart o E.P.I.C.

¿Ha estado alguna vez un hermano en un....?
(marque a continuación)

☐	Clase de Educación Especial
☐	Terapia del Habla o Lenguaje
☐	Terapia Ocupacional/Física
☐	Consejería
☐	Programa de Niño Altamente Capaz/Talentoso
☐	Programa Migrante
☐	Programa Bilingüe/ELL
☐	Programas E.C.E.A.P. o Headstart o E.P.I.C.

2. ¿Su hijo/a tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP)? ☐ Sí ☐ No

3. ¿Su hijo/a tiene un plan 504 en este momento? ☐ Sí ☐ No

4. ¿Alguna vez su hijo/o gam sido diagnosticado con? (pon techa a los que corresponda)

☐	Trastorno por déficit de atención	☐	Hiperactividad
☐	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	☐	Deshabilidad de Aprendizaje
☐	Problemas auditivos o visuales	☐	Problemas físicos/de salud
☐	Síndrome de autismo o Asperger	☐	Problemas de lenguaje o de hablar
☐	Retrasos de desarrollo	☐	

Por favor especifique, incluyendo quién hizo el diagnóstico:

5. ¿Tiene su hijo/a problemas sociales/emocionales o de conducta que afecten su desempeño en la escuela? En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

6. ¿Hay alguno otra inquietud o comentario que le gustaría compartir con nosotros? _____

