Encuesta de Servicios Especiales para Niños

Nombre del niño/niña	Grado		
Dirección			
Número telefónico	Casa	Celular	Trabajo (marque uno)
***Favor marque todo lo que corresponda:			
Mi hijo/hija no ha recibido servicios esp	eciales		
Mi hijo/hija sí ha recibido servicios espe	eciales en	su escuel	a anterior
Mi hijo/a tiene un IEP (<i>Plan de Educacio</i> su escuela anterior (Por favor adjunte una copia de		•	
El diagnóstico de mi hijo/a es en la(s) siguiente(s) á	irea(s):		
Dificultad auditiva			
Problemas del habla			
Tutoría de educación especial			
Discapacidad especifica de aprendizaje	(SLD por	sus siglas	en inglés)
Otro (por favor especifique)		·····	
Firma del padre/madre/guardián		echa	
*Si no tiene copia del IEP, favor de completar la sig	uiente inj	formación.	•
Nombre de la escuela anterior			
Dirección de la escuela anterior		·	
Ciudad Numero telefónico de la escuela anterior		Estado	
Persona de contacto en la escuela anterior			