



DISTRITO ESCOLAR PRIMARIO DE ADELANTO
Servicios Académicos

SOLICITUD PARA EVALUACION SECCION 504

Fecha de la solicitud

Estudiante	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>
Escuela	<input type="text"/>	Grado	<input type="text"/>
Idioma natal del estudiante	<input type="text"/>	Nivel del Idioma Inglés	<input type="text"/>

Padre de familia/Tutor	<input type="text"/>		
Domicilio particular	<input type="text"/>		
Teléfono particular	<input type="text"/>	Teléfono del trabajo	<input type="text"/>

AREAS DEL ESTUDIANTE QUE SON MOTIVO DE PREOCUPACION:

¿Cuál es la discapacidad que supuestamente tiene el estudiante?

¿Qué actividad trascendental de la vida diaria es considerablemente limitada? (Marcar más abajo todo lo que procede.)

- | | | | |
|--|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cuidarse a sí mismo | <input type="checkbox"/> Realizar tareas manuales | <input type="checkbox"/> Respirar | <input type="checkbox"/> Hablar |
| <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> Escuchar | <input type="checkbox"/> Aprender | <input type="checkbox"/> Trabajar |
| <input type="checkbox"/> Otras (explicar) | | | |

Comentarios adicionales:

¿Hay algún expediente médico, aparte de los informes de la agencia, anteriores a las evaluaciones escolares, etc., que podrían ayudar al comité en la evaluación del estudiante? Favor de enumerar (y adjuntar si se dispone de ello).

¿Ha sido el estudiante evaluado alguna vez para recibir los servicios de educación especial?

- Sí No

Caso afirmativo, indicar cuándo

Persona que hace la petición (favor de indicar la relación o parentesco con el estudiante; por ej., padre de familia, maestro)

Nombre	<input type="text"/>	Relación o parentesco	<input type="text"/>
--------	----------------------	-----------------------	----------------------

Confirmación del padre de familia para que el estudiante antes citado sea evaluado para posible clasificación bajo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973.

Firma de confirmación por el padre de familia	<input type="text"/>
Marcar uno de lo siguiente:	<input type="checkbox"/> Autorizo <input type="checkbox"/> No autorizo

**Devolver este formulario al director de la escuela.
Adjuntar cualquier documentación acreditativa.**

Recibido por	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
--------------	----------------------	-------	----------------------