

Amarillo Independent School District
Encuesta de Inscripción Relativos a los Servicios Especiales
Para Estudiantes Nuevos a AISD

Nombre de Estudiante _____

Si No ¿Recibió el estudiante nombrado arriba servicios de educación especial en su colocación educacional previa?

Si No ¿Recibió el estudiante nombrado arriba servicios de sección 504 en su colocación educacional previa?

¿Recibió el estudiante nombrado arriba alguno de los servicios de la lista de abajo en su colocación educacional previa?

Si No Terapia de Lenguaje

Si No Clase de Recurso

Si No Clase de Maestría Contenida

Si No Dislexia

Si No Servicios de cuidado especial de salud proporcionado por la enfermera de la escuela

Si No Terapia Física

Si No Terapia Ocupacional

Si No Acomodaciones especiales o modificaciones

Si No Otro

Firma del Padre _____ Fecha _____

Si usted marco "SI" a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor complete lo siguiente:

Fecha de nacimiento del estudiante _____ Nombre el distrito anterior _____

Número de teléfono de los padres: Casa _____ Trabajo _____

Ultimo distrito asistido _____ Ultima escuela asistido _____

Nombre de los Padres _____