

Programa Académico Avanzado

Formulario de recomendación para los servicios AAP a tiempo completo

Nombre completo del alumno _____ Fecha de nacimiento _____

N° de ident. del alumno _____ Escuela actual _____

Grado _____ Profesor de aula de FCPS _____

Profesor especialista del Programa Académico Avanzado de FCPS _____

Nombre del padre/madre/tutor legal _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Dirección _____

La evaluación para los servicios AAP en una asignatura específica y a tiempo parcial se lleva a cabo en las escuelas primarias de FCPS. Para obtener información, comuníquese con el profesor especialista del Programa Académico Avanzado (AART) de la escuela local.

- En este espacio, por favor, proporcione información que explique por qué cree usted que debería considerarse al alumno para los servicios AAP a tiempo completo. Incluya información que ayude al comité a entender las necesidades de aprendizaje de su hijo. Se sugiere incluir ejemplos de pensamiento crítico y creativo, área(s) de fortaleza, idiomas hablados por el alumno.
- Tenga presente que el personal escolar de FCPS no puede divulgar información sobre el Plan 504 o IEP sin la autorización de la familia del alumno. Si usted desea que la escuela comparta información sobre la discapacidad del aprendizaje de su hijo, las adaptaciones o un segmento del IEP de su hijo, envíe un correo electrónico al AART y al director de la escuela para dar su consentimiento por escrito.

Nombre y firma de la persona que hace la recomendación _____

Relación con el alumno _____ Fecha de la recomendación _____