

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 del aula _____

Nombre del padre/madre/tutor legal _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Dirección: _____

Toda la información debe caber en el espacio proporcionado a continuación; no se aceptarán archivos adjuntos ni páginas adicionales. Expliquen por qué su hijo debe ser considerado para los servicios AAP a tiempo completo. Incluya detalles para ayudar al comité a entender las necesidades de aprendizaje de su hijo (p. ej., ejemplos de pensamiento crítico o creativo, áreas de fortaleza, idiomas hablados).

El personal de FCPS no puede compartir información sobre un Plan 504 o IEP sin el permiso de los padres/tutores legales. Si desean que se incluya esta información, llenen el *Formulario de Consentimiento de la Familia para Compartir Información del IEP/504*.

Nombre y firma de la persona que hace la recomendación _____

Relación con el alumno _____ Fecha de la recomendación _____