

SERVICIOS PARA NIÑOS/FAMILIAS
NOTIFICACIÓN DE UNA REUNIÓN DEL EQUIPO DE ÉXITOS DEL NIÑO

PARA EL PADRE O GUARDIÁN DE _____ FECHA: _____
(Nombre del Niño)

COMPLETADO POR: _____ POSICIÓN: _____ LUGAR: _____

Opciones de Servicios:

____ Centro ____ Hogar ____ Proveedora (FCCH)

Su petición para una reunión del Equipo de Éxitos de su hijo/a está programada. Discutiremos el desarrollo de su niño y le invitamos a dar sus sugerencias para desarrollar este plan.

Se llevará a cabo una reunión del Equipo de Éxitos del Niño para discutir el desarrollo de su niño/a y hacer un plan para él/ella:

FECHA: _____

HORA: _____

LUGAR: _____

Nosotros anticipamos que los siguientes miembros del personal estarán asistiendo y lo animamos a que también usted asista a la reunión. Por favor de traer cualquiera persona que usted desea para contribuir a este plan para su niño/a.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maestro _____ | <input type="checkbox"/> Director del Programa _____ |
| <input type="checkbox"/> Especialista de Cuidado Infantil _____ | <input type="checkbox"/> Intérprete _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermera _____ | <input type="checkbox"/> Patólogo de Habla y Lenguaje _____ |
| <input type="checkbox"/> Coordinador de Discapacidades _____ | <input type="checkbox"/> Consultante de Salud Mental _____ |
| <input type="checkbox"/> Supervisor del Sitio _____ | <input type="checkbox"/> Especialista de Desarrollo Infantil _____ |
| <input type="checkbox"/> Trabajador de Servicios para Familias _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Coordinador _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Representante del distrito Escolar/SELPA _____ | |

Distribución: Blanca – Padre (Copia a los participantes designados) Amarilla – Expediente del niño
Rosa – Supervisor de Discapacidades del concesionario/Coordinador de Discapacidades de agencia delegada para MSHS