

**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