

Resultados de la Reunión de Equipo de Éxito del Niño

Fecha: _____

Niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Educador: _____

Opción de servicio (circule uno): Basado en Centro Basado en el Hogar FCCH Ubicación: _____

Padre/Tutor: _____ Traductor: _____

Participantes: _____

Propósito de la reunión: _____

Aspectos destacados de la reunión: _____

Seguimiento:

Marque todo lo que corresponda:

Conferencia de Padres (Maestro/Padre)

Fecha

Reunión del Equipo de Éxito del Niño (Personal de Head Start/Padres**)

Fecha

Observación/Gestión de Casos (Personal de Head Start**)

Fecha

Otro _____

** De acuerdo a necesidades, consultores y profesionales de educación especial y/o salud mental pueden participar en estas reuniones

Consentimiento de los padres:

____ El formulario de Resultados de CST fue revisada por _____ y yo recibí una copia.
(Escribe los nombres de los miembros de CST que revisaron el formulario.)

____ Estoy de acuerdo en que mi hijo sea recomendado para servicios de educación especial.

____ Estoy de acuerdo en que mi hijo sea recomendado para una observación individual socioemocional (se requiere también el formulario de permiso para observación).

____ Yo rechazo la oferta para que mi hijo sea recomendado para servicios de educación especial.

____ Yo rechazo la oferta para que mi hijo sea recomendado para una observación individual socioemocional.

____ Se me ha proporcionado educación y/o referencias médicas sobre la preocupación por la salud de mi niño

Firma del Padre _____

Fecha _____