PROGRAMA ESPECIAL/CONDICIONES MEDICAS

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____
GRADO:_____

Su hijo/a ha participado en alguno de los siguientes programas:

G.A.T.E. (Estudianes Dotados y Talentosos) Yes ____ No ____

Programa Especial de Luctura Yes ____ No ____

RSP (Programa Especial de Recursos Didácticos Yes ____ No ____

CH (Con Limitaciones de Comunicación) Yes ____ No ____

Terapia de Lenguaje Yes ____ No ____

ESL (Inglés como Segundo idioma) Yes ____ No ____

¿Has sido su hijo/a evaluado/a por la psicóloga de la escuela? _____

¿Su hijo/a he repetido algún año escolar? _____

Si la respuesta es Sí, ¿qué grado? _____

¿Hay alguna regulación especial con relación a la custodia de su hija/a? _____

(Si la respuesta es Sí, favor de notificarlo a la secretaria de la escuela)

¿Existe alguna restricción religiosa en la implementación del currículo?

_____

¿Hay algún problema medico especial? _____

_____

¿Alergias? _____

¿Pequete de abeja? _____

¿Medicamentos diarios? _____

FIRMA DEL PADRE: _____

FECHA: _____