DISTRICT OF COLUMBIA PUBLIC SCHOOLS

Please return to dcps.childfind@k12.dc.gov

Formulario de remisión de escuelas privadas/religiosas de Child Find

Nombre del estudiante		Fecha de nacimiento del estudiante	
Nombre del padre/tutor		Género y raza/ etnia del estudiante	
Relación con el estudiante		Teléfono (fijo)	
Dirección		Teléfono (móvil o del trabajo	
Correo electrónico del tutor		Idioma principal del padre/tutor	
Nombre de la escuela privada/religiosa		Idioma principal del estudiante	
Nombre de la persona que remite (puede ser padre/tutor)		Grado del estudiante	
Organización del que remite		¿El estudiante recibe servicios de Título 1?	
Correo electrónico del que remite		Teléfono de la persona que remite	

Motivo de la remisión:

Marque las principales áreas de preocupación.

- ☐ Habla/Lenguaje
- ☐ Audición
- ☐ Vista
- ☐ Social/emocional
- ☐ Impedimento cognitivo
- ☐ Retraso del desarrollo
- ☐ Problemas de atención
- ☐ Físico
- ☐ Académico
- ☐ Problemas de salud
- ☐ Otro(especifique): _____

Describa el motivo de la remisión:

Consentimiento del padre/tutor para divulgar información a las Escuelas Públicas de DC

Yo, _____ permito a _____ compartir información de
(Nombre impreso del padre/tutor/estudiante adulto) (Nombre impreso de la escuela privada y nombre de la persona que remite si no es el padre o la escuela)

_____, con las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (DCPS). Esto se utilizará para
Nombre impreso del estudiante)

iniciar el proceso de remisión para servicios de educación especial. También doy permiso a las DCPS para realizar observaciones en el salón

y recopilar datos sobre mi hijo en su entorno educativo actual.

☐ Al marcar esta casilla, solicito que las DCPS sea la Agencia de Educación Local (LEA, por sus siglas en inglés) de mi hijo, y no otra LEA. Reconozco que esto hará a las DCPS responsable del proceso de remisión de mi hijo.

Firma del padre/tutor/estudiante adulto: _____ Fecha: _____