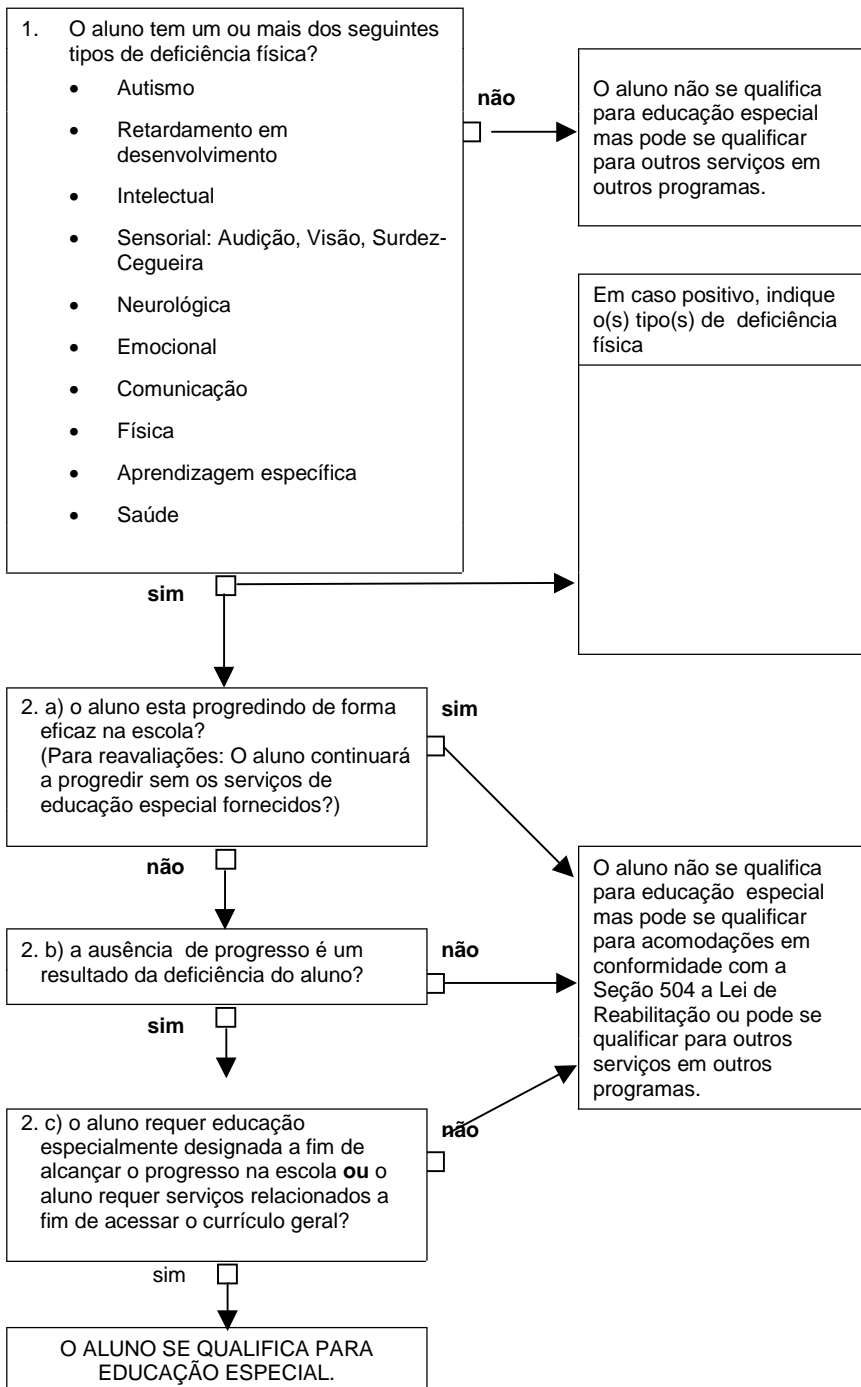


Nome do Distrito:
 Endereço do Distrito Escolar:
 Pessoa de contato/Telefone do Distrito Escolar:

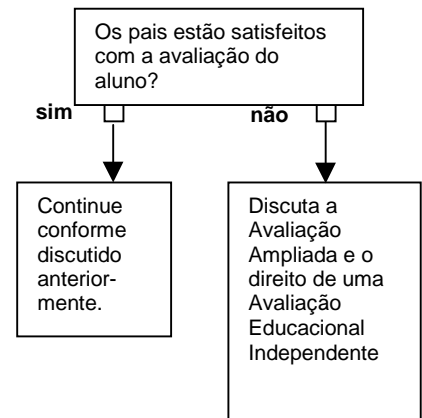
Qualificação para educação especial/Determinação inicial e reavaliação

Nome do aluno: _____ Nasc.: _____ ID#: _____ Data: _____

A. Prossiga pelo fluxograma até atingir uma determinação de qualificação.



B. Responda esta pergunta para todos os alunos.



PRINCIPAIS DESCOBERTAS DA AVALIAÇÃO