

Nombre del distrito escolar:

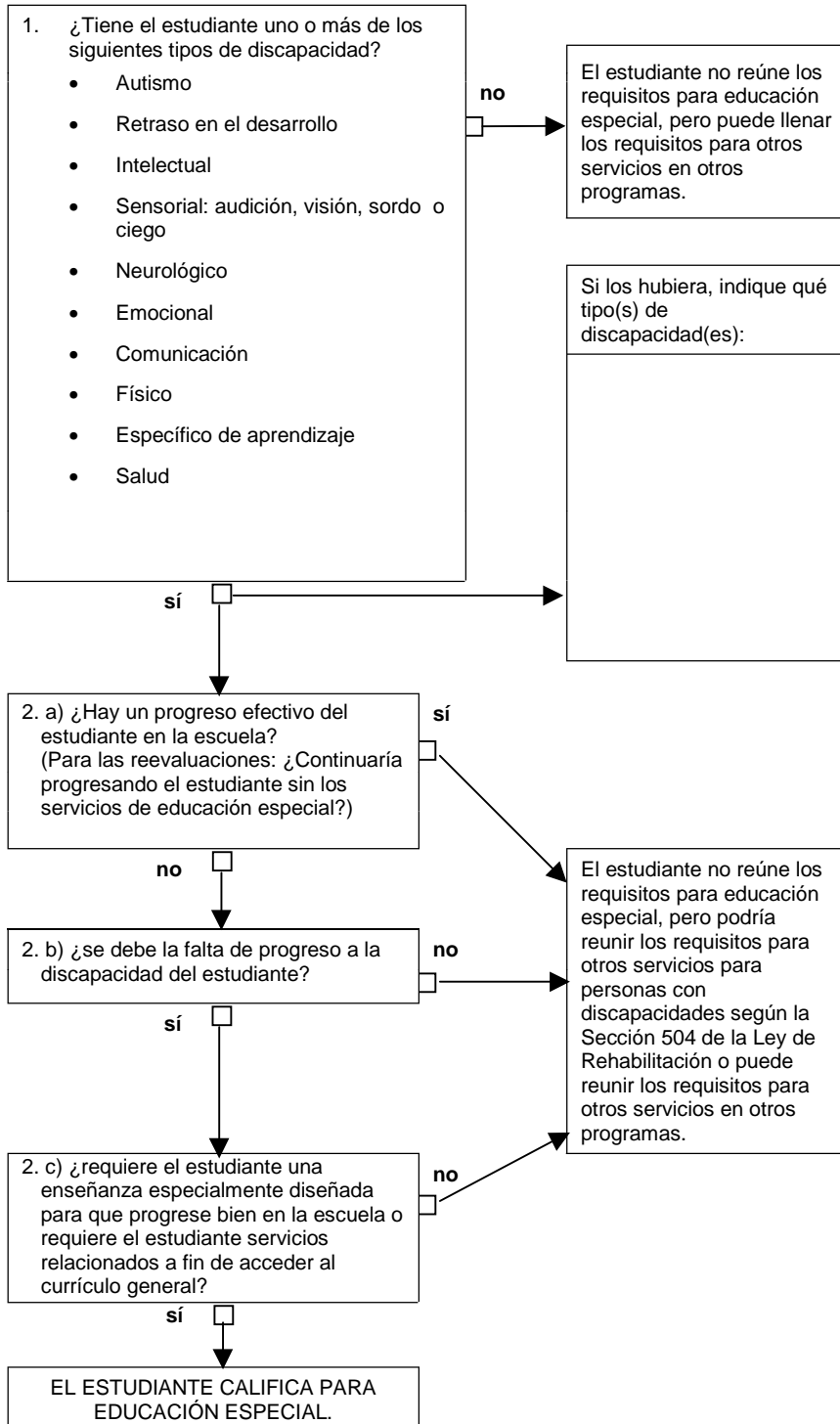
Dirección del distrito escolar:

Persona de contacto y # de teléfono del distrito escolar:

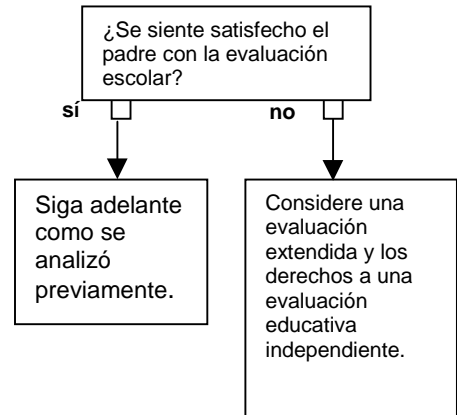
## Requisitos para la educación especial/Determinación inicial y de reevaluación

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ # de ident.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### A. Avance por el diagrama hasta que se determine si llena los requisitos.



### B. Conteste esta pregunta para todos los estudiantes.



### RESULTADOS CLAVE DE LA EVALUACIÓN Y/O PRÓXIMOS PASOS