

# ESCUELA PARVULARIA DE INTERVENCION TEMPRANA

## DOCUMENTACION DE LA REUNION DE PLANIFICACION TRANSICION

Nombre del de la niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha que la carta de notificación de parte de EPIT fue recibida: \_\_\_\_\_ Recibiendo LEA: \_\_\_\_\_

Haz una marca de cotejo en la caja abajo que corresponde a la información recibida en la carta: Notificación de Intervención Temprana.

El niño fue determinado elegible para EPIT (EI) menos de 90 días antes de su tercer cumpleaños. Ninguna reunión de transición será programada. (Si selecciona esta caja, el resto del formulario no será completado. EPIT (EI) será seleccionado como el Tipo de Referencia en el formulario de Referencia.)

O

EPIT (EI) convocará una Reunion de Planificación Transición con el representante de LEA y el padre/la madre/los padres del niño. (Sí selecciona esta caja, llene el resto del formulario.)

Servicios recibidos por el estudiante a través del Programa EPIT (EI):

---



---

Donde fueron ofrecidos los servicios? (Casa/Guardería/Clinica/Otro) \_\_\_\_\_

El estudiante asiste: Guardería  Día de Salida para la Madre  Escuela Infantil  Otro

Días/Horas que asiste el Estudiante:

Nombre/Dirección del Program:

Nombre del Maestro/a:

Medicamento Tomado:

Razón por Medicamento:

Nombre del Doctor:

Fortalezas del niño:

---

Necesidades del niño:

---

Información Adicional:

---

Evaluaciones Actuales	Administrador del Examen	Agencia	Fecha

POSICION	PARTICIPANTES	FECHA
Padre/Madre		
Padre/Madre		
Proveedor de Servicio EI		
Representante LEA		

- [ ] **SI OFREZCO MI AUTORIZACION** para que mi hijo/a sea referido a LEA.
- [ ] **NO OFREZCO MI AUTORIZACION** para que mi hijo/a sea referido a LEA.
- [ ] Padre(s) estuvieron de acuerdo o pidieron hacer la reunión de referencia hoy.

\_\_\_\_\_  
Firma de Madre/Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha de la Firma