Nivel Actual de logros académicos y desempeño funcional (PLAAFP)

Complete y comparta una copia con el equipo IEP / 504 de su hijo

SOLICITE UNA REUNIÓN PARA ABORDAR LOS DESAFÍOS Y ACTUALIZAR LOS NIVELES ACTUALES DE LOGROS ACADEMICOS Y DESEMPENO FUNCIONAL (PLAAFP)

El Nombre De Mi Hijo_____ Mi Nombre _____ Mi número/email _____

Es importante que el equipo de mi hijo sepa _____

_____

Documente las fortalezas y necesidades de su hijo observadas entre_____(fecha de inicio) y_____(fecha final).

SERVICIOS/CLASES	CANTIDAD ACTUAL RECIBIDA	LO QUE SE NECESITA	COMENTARIOS
Ejemplo: clase de matemáticas Ejemplo: Terapia del lenguaje	1 hora, 4 días a la semana	☐ ningún cambio ☐ clase pequeños ☐ diferentes servicios más ☐ descanso durante la clase ☐ clases grabadas ☐ otros soportes	
		☐ ningún cambio ☐ clase pequeños ☐ diferentes servicios más ☐ descanso durante la clase ☐ clases grabadas ☐ otros soportes	
		☐ ningún cambio ☐ clase pequeños ☐ diferentes servicios más ☐ descanso durante la clase ☐ clases grabadas ☐ otros soportes	
		☐ ningún cambio ☐ clase pequeños ☐ diferentes servicios más ☐ descanso durante la clase ☐ clases grabadas ☐ otros soportes	

* SOURCE: PEATC'S BACK TO SCHOOL PLANNING GUIDE FOR STUDENT'S WITH IEP'S and understood.org

the parents' place of Maryland

		☐ ningún cambio ☐ clase pequeños ☐ diferentes ☐ servicios más	☐ descanso durante la clase ☐ clases grabadas ☐ otros soportes	
		☐ ningún cambio ☐ clase pequeños ☐ diferentes ☐ servicios más	☐ descanso durante la clase ☐ clases grabadas ☐ otros soportes	

* SOURCE: PEATC'S BACK TO SCHOOL PLANNING GUIDE FOR STUDENT'S WITH IEP'S and understood.org

Desafíos del aprendizaje virtual (Marque todos los que correspondan)	(Marque todos los que correspondan)
☐ mala calidad o sin internet	☐ arrebatos
☐ Alumna no puede completar el trabajo	☐ negarse a seguir las reglas
☐ incapaz de concentrarse / prestar atención	☐ problemas para usar una máscara
☐ padre trabajando desde casa	☐ preocuparse mucho
☐ padre no está en casa durante las clases / servicios	☐ difícil de enfocar
☐ el estudiante no tenía un dispositivo para usar / tenía que compartirlo con otros	☐ problemas de sueño
☐ comunicación con la escuela	☐ dolores de cabeza
☐ acceso a desayuno / almuerzo	☐ dolores de estómago
☐ el estudiante no tiene acceso a los elementos necesarios (es decir, calculadora, notas de clase, voz para escribir, etc.)	☐ llorando
☐ estudiante requiere 1x1	☐ rechazo al trabajo
☐ sin asesoramiento ni servicios sociales	☐ otro

Comentarios: _____

_____

_____

_____

* SOURCE: PEATC'S BACK TO SCHOOL PLANNING GUIDE FOR STUDENT'S WITH IEP'S and understood.org

the parents' place of Maryland

Agregue al registro educativo de mi hijo

Nombre de mi hijo: _____ Mi nombre: _____

Mi email y/o número de teléfono: _____

La educación a distancia
La experiencia de mi hijo con el aprendizaje a distancia (marque todas las que correspondan): ☐ Mayormente positivo ☐ Manejable ☐ Hecho independientemente ☐ Participación ☐ Mayormente negativo ☐ Estresante ☐ Hecho con mucho apoyo ☐ Aburrido Comentarios: _____
Es importante que la maestra de mi hijo sea consciente de que: _____

* SOURCE: PEATC'S BACK TO SCHOOL PLANNING GUIDE FOR STUDENT'S WITH IEP'S and understood.org

the parents' place of Maryland