

## 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 DESEMPEÑO 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	<input type="checkbox"/> ningún cambio <input type="checkbox"/> clase pequeños <input type="checkbox"/> diferentes servicios más <input type="checkbox"/> descanso durante la clase <input type="checkbox"/> clases grabadas <input type="checkbox"/> otros soportes	
		<input type="checkbox"/> ningún cambio <input type="checkbox"/> clase pequeños <input type="checkbox"/> diferentes servicios más <input type="checkbox"/> descanso durante la clase <input type="checkbox"/> clases grabadas <input type="checkbox"/> otros soportes	
		<input type="checkbox"/> ningún cambio <input type="checkbox"/> clase pequeños <input type="checkbox"/> diferentes servicios más <input type="checkbox"/> descanso durante la clase <input type="checkbox"/> clases grabadas <input type="checkbox"/> otros soportes	
		<input type="checkbox"/> ningún cambio <input type="checkbox"/> clase pequeños <input type="checkbox"/> diferentes servicios más <input type="checkbox"/> descanso durante la clase <input type="checkbox"/> clases grabadas <input type="checkbox"/> otros soportes	

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



		<input type="checkbox"/> ningún cambio <input type="checkbox"/> clase pequeños <input type="checkbox"/> diferentes <input type="checkbox"/> servicios más	<input type="checkbox"/> descanso durante la clase <input type="checkbox"/> clases grabadas <input type="checkbox"/> otros soportes	
		<input type="checkbox"/> ningún cambio <input type="checkbox"/> clase pequeños <input type="checkbox"/> diferentes <input type="checkbox"/> servicios más	<input type="checkbox"/> descanso durante la clase <input type="checkbox"/> clases grabadas <input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> mala calidad o sin internet	<input type="checkbox"/> arrebatos
<input type="checkbox"/> Alumna no puede completar el trabajo	<input type="checkbox"/> negarse a seguir las reglas
<input type="checkbox"/> incapaz de concentrarse / prestar atención	<input type="checkbox"/> problemas para usar una máscara
<input type="checkbox"/> padre trabajando desde casa	<input type="checkbox"/> preocuparse mucho
<input type="checkbox"/> padre no está en casa durante las clases / servicios	<input type="checkbox"/> difícil de enfocar
<input type="checkbox"/> el estudiante no tenía un dispositivo para usar / tenía que compartirlo con otros	<input type="checkbox"/> problemas de sueño
<input type="checkbox"/> comunicación con la escuela	<input type="checkbox"/> dolores de cabeza
<input type="checkbox"/> acceso a desayuno / almuerzo	<input type="checkbox"/> dolores de estómago
<input type="checkbox"/> el estudiante no tiene acceso a los elementos necesarios (es decir, calculadora, notas de clase, voz para escribir, etc.)	<input type="checkbox"/> llorando
<input type="checkbox"/> estudiante requiere 1x1	<input type="checkbox"/> rechazo al trabajo
<input type="checkbox"/> sin asesoramiento ni servicios sociales	<input type="checkbox"/> otro

**Comentarios:**

---



---



---



---

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

## 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):			
<input type="checkbox"/> Mayormente positivo	<input type="checkbox"/> Manejable	<input type="checkbox"/> Hecho independientemente	<input type="checkbox"/> Participación
<input type="checkbox"/> Mayormente negativo	<input type="checkbox"/> Estresante	<input type="checkbox"/> Hecho con mucho apoyo	<input type="checkbox"/> Aburrido
<u>Comentarios:</u>			
_____			
_____			
<u>Es importante que la maestra de mi hijo sea consciente de que:</u>			
_____			
_____			
_____			
_____			

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

