

Equipo para el Éxito Estudiantil - Reunión De Intervención

Distrito Unificado de Escuelas Preparatorias de Oxnard

FECHA de SST: _____		Escuela actual: _____		PROPÓSITO de SST: <input type="checkbox"/> Intervención <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Revisión de permanencia en Condor <input type="checkbox"/> Referencia al Comité de Colocación Alternativa <input type="checkbox"/> Regreso a la escuela del Distrito	
Referido por: <input type="checkbox"/> Padre/Tutor Legal <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Servicios de apoyo al estudiante		Padre o tutor legal: Nombre del titular de los Derechos de Educación, si es diferente: _____			
Nombre del estudiante: _____		Grado: _____		Dirección: _____	
# de estudiante: _____		Fecha de nacimiento: _____		Ciudad: _____ Zona Postal: _____	
Correo electrónico: _____		Teléfono: _____		Teléfono alternativo: _____	
REVISIÓN DE REGISTROS DE LA ESCUELA		INTERVENCIONES INTENTADAS		COLOCACIONES INTENTADAS	
<input type="checkbox"/> Colegio y Plan de Preparación (U-CCRP) <input type="checkbox"/> Vía CTE/Academia: _____ <input type="checkbox"/> Transcripción / A-G requisitos <input type="checkbox"/> Total de créditos obtenidos: _____ GPA _____ <input type="checkbox"/> Calificaciones actuales <input type="checkbox"/> Asistencia a clases <input type="checkbox"/> 2* Semestre de matemáticas, requisito cumplido <input type="checkbox"/> Conocimiento de Informática, requisito cumplido <input type="checkbox"/> Resultados de Exámenes Estandarizados: Matemáticas _____ Inglés _____ Ciencias _____ <input type="checkbox"/> CELDT puntuación total: _____ Año: _____ <input type="checkbox"/> Programa EL: <input type="checkbox"/> EO <input type="checkbox"/> IFEP <input checked="" type="checkbox"/> LTEL <input type="checkbox"/> RFEP <input type="checkbox"/> Revisión de disciplina <input type="checkbox"/> Probación: <input type="checkbox"/> 602 Ward <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Joven en cuidado tutelar <input type="checkbox"/> McKinney-Vento <input type="checkbox"/> AB 167, 216, 1806 calificado <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> IEP SAI por encima del 50% <input type="checkbox"/> SAI por debajo del 50% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Plan Sección 504 <input type="checkbox"/> Educación General con Acomodaciones: Describa o adjunte: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Conferencia de Padres <input type="checkbox"/> Referencias(s) Administrativas (adjunto) <input type="checkbox"/> Medios Alternativos de Corrección: <input type="checkbox"/> Contrato de Comportamiento: (adjunto) <input type="checkbox"/> Consejería: <input type="checkbox"/> Académica <input type="checkbox"/> PBSP <input type="checkbox"/> otro: _____ <input type="checkbox"/> Asistencia de compañeros / Mediación <input type="checkbox"/> Referencia al psicólogo de la escuela <input type="checkbox"/> Referencia al especialista en intervención estudiantil <input type="checkbox"/> Tutoría <input type="checkbox"/> Recuperación de créditos: _____ <input type="checkbox"/> Escuela de verano <input type="checkbox"/> OASIS/SOAR <input type="checkbox"/> Programa de adaptación <input type="checkbox"/> Día reducido <input type="checkbox"/> Asistencia: <input type="checkbox"/> Carta 1 <input type="checkbox"/> Carta 2 <input type="checkbox"/> Carta 3 <input type="checkbox"/> Junta SARB: <input type="checkbox"/> 1 ^a <input type="checkbox"/> 2 ^a <input type="checkbox"/> 3 ^a <input type="checkbox"/> Contrato SARB <input type="checkbox"/> SST: Fecha de 1 ^a junta _____ Fecha de 2 ^a junta _____ Fecha de 3 ^a junta _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Educación para adultos <input type="checkbox"/> Escuela privada (<i>Charter</i>) _____ <input type="checkbox"/> Academia de Opciones Condor <input type="checkbox"/> Oxnard Middle College High School <input type="checkbox"/> Frontier Continuation High School <input type="checkbox"/> Gateway Community School <input type="checkbox"/> Programa de Equivalencia de High School <input type="checkbox"/> Enseñanza en el Hogar/Hospital <input type="checkbox"/> Estudio Independiente a Corto Plazo <input type="checkbox"/> Providence School <input type="checkbox"/> Otro / Escuelas Previas: Enliste: _____	
NOTAS DEL RESUMEN DE LA REUNIÓN					
Áreas Fuertes del Estudiante			Áreas de Crecimiento del Estudiante		
Recomendaciones/Metas/ Plan de Acción (<i>Adjunte páginas adicionales si es necesario</i>)					

CONSENTIMIENTO PARA LA COLOCACION ALTERNATIVA

VOLUNTARIO PARA: _____ INVOLUNTARIO REQUIERE AUDIENCIA PARA: _____

La transferencia a programas de educación alternativa puede ser voluntaria a menos que las circunstancias requieran una transferencia involuntaria (Junta Directiva, Póliza 5144). Al firmar, el padre o tutor están de acuerdo con el citado programa.

*Padre/Tutor: _____	*Padre/Tutor: _____
*Estudiante: _____	*Consejero: _____
Maestro: _____	*Asesor de Asistencia: _____
Representante de Ed. Especial: _____	Especialista en Intervención Estudiantil: _____
*Asistente del Director: _____	Traductor: _____
Psicólogo escolar: _____	Enfermera: _____
Director: _____	Administración del Distrito: _____