



COMMITTEE ON PRESCHOOL SPECIAL EDUCATION
DEPARTMENT OF EARLY CHILDHOOD
Rochester City School District
131 West Broad Street
Rochester, New York 14614

Every child is a work of art.
Create a masterpiece.

PARENT REFERRAL
(Caso referido por los Padres)

Escriba en Letra de Molde:

Nombre del Niño _____ Género _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre de los Padres _____

Dirección _____

Guardería Infantil/Programa Preescolar: _____

Teléfono de los Padres: _____

Correo Electrónico (e-mail): _____

Me gustaría referir a mi hijo para que le hagan una evaluación y se determine si él/ella necesita servicios de educación especial.

Temo que mi hijo tiene una dificultad para:

En el pasado, mi hijo ha recibido o participado en los siguientes servicios educativos:

Tengo entendido que la educación especial preescolar es voluntaria y que mi consentimiento por escrito es requerido para que mi hijo sea evaluado y se determine si él/ella reúne los requisitos para recibir servicios y para que puedan empezar de nuevo a proveerle cualquier servicio recomendado.

Fecha: _____

(Firma de la Madre, Padre o Encargado)