

CONSENTIMIENTO PARA EL PLAN DE APRENDIZAJE A DISTANCIA
PARA LA APLICACIÓN SOLO DURANTE EL CIERRE DE LA ESCUELA
DEBIDO A COVID-19

DE:

Tutor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

PARA:

Representante del distrito escolar: _____

Distrito escolar: _____

Dirección del distrito escolar: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

RE:

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estoy de acuerdo solo en implementar el plan de aprendizaje a distancia como se describe durante el cierre de la escuela debido a COVID-19. No renuncio a ninguno de los términos del plan de educación individual (IEP) de mi hijo con fecha: _____ (IEP previo al cierre)

Quiero que el IEP previo al cierre de mi hijo se reinicie cuando vuelva a abrir la escuela. Mi hijo necesita todas las metas, instrucción especializada y servicios relacionados en su IEP previo al cierre para recibir una educación pública apropiada y gratuita (FAPE) durante el cierre de la escuela.

Mi consentimiento limitado al plan de aprendizaje a distancia no es una renuncia al derecho de mi hijo a FAPE. Además, no renuncio al derecho de mi hijo a recibir educación compensatoria y / o servicios adicionales de año escolar extendido (ESY) a los que pueden tener derecho si el IEP previo al cierre no se implementa completamente.

Sinceramente, _____

Fecha de firma: _____