

## Programa Académico Avanzado

### Formulario de recomendación para los servicios AAP (Nivel IV) a tiempo completo

Nombre completo del alumno \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nº de ident. del alumno \_\_\_\_\_ Escuela actual \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Profesor de aula de FCPS \_\_\_\_\_

Profesor de FCPS especialista en recursos académicos avanzados \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor legal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

*La evaluación para servicios diferenciados en una asignatura específica (Nivel II) y servicios AAP a tiempo parcial (Nivel III) se lleva a cabo en las escuelas primarias de FCPS. Para obtener información, comuníquese con el profesor especialista en recursos académicos avanzados de la escuela local.*

En este espacio, por favor, proporcione información que explique por qué cree usted que debería considerarse al alumno para los servicios AAP a tiempo completo. Incluya información que ayude al comité a entender las necesidades de aprendizaje de su hijo. Entre las sugerencias se incluyen ejemplos de pensamiento crítico y creativo, áreas de fortaleza, idiomas que habla el alumno, un resumen de cómo las necesidades especiales de aprendizaje, tal como la necesidad de tener un IEP o Plan 504, podrían ayudar al comité a entender las necesidades de su hijo.

Nombre y firma de la persona que hace la recomendación \_\_\_\_\_

Relación con el alumno \_\_\_\_\_ Fecha de la recomendación \_\_\_\_\_