

Special Services Survey

Student's Name: _____

Please indicate as to whether your child is presently, or has been in the past, receiving any of the following special service(s):

	Yes	No
Language Services		
ESL	_____	_____
Bilingual	_____	_____
Speech Therapy	_____	_____
Special Education Classes		
Generic	_____	_____
Self-Contained	_____	_____
Resource	_____	_____
Other	_____	_____
Subject(s): _____		
Special Education Counseling	_____	_____
Physical Therapy	_____	_____
Adaptive Physical Education	_____	_____

Parent Signature

Date

Encuesta De Servicios Especiales

Nombre del Estudiante: _____

Por favor indique si su hijo, en el presente o el pasado, ha recibido algunos de los servicios especiales nombrados a continuación:

	Si	No
Servicio de Lenguaje		
Inglés como Segunda Lengua	_____	_____
Bilingüe	_____	_____
Terapia de Lenguaje	_____	_____
Clases de Educación Especial		
Genérica (Todas las materias)	_____	_____
Autónomas (maestra de apoyo)	_____	_____
Recurso	_____	_____
Otras	_____	_____
Materia(s): _____		
Consejero de Educación Especial	_____	_____
Terapia Física	_____	_____
Educación Física Individualizada	_____	_____

Firma de Padre/Guardian

Fecha

