|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del estudiante** | **WISER ID** | **Año escolar** | **Fecha de la reunión IEP** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AYUDA SUPLEMENTARIA Y SERVICIOS**  Adaptaciones, ayudas, servicios, tecnología de apoyo y otros apoyos proveídos para evitar sacar al estudiante de las clases de educación regular, otros ambientes educativos relacionados y ambientes extracurriculares y no académicos*.* (Puede incluir la revisión rutinaria de la prótesis de oído y revisión externa de aparatos implantados quirúrgicamente.) | | |
| **Ayuda suplementaria y servicios  N/A** | **Fecha de comienzo** | **Explicación de frecuencia,**  **duración y ubicación** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MODIFICACIONES EN EL PROGRAMA Y APOYO PARA PERSONAL ESCOLAR**  Modificaciones provistas para permitir al estudiante que adelante apropiadamente hacia el logro de las metas anuales, involucrarse y progresar en el currículo general educativo, y participar en las actividades extracurriculares y no académicas. | | |
| **Modificaciones en el programa  N/A** | **Fecha de comienzo** | **Explicación de frecuencia, duración y ubicación** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Apoyo para personal escolar  N/A** | **Fecha de comienzo** | **Explicación de frecuencia, duración y ubicación** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |