**[DISTRICT NAME]**

**Consentimiento Para Reevaluación**

Por Favor complete, firme y regrese este formulario a la dirección abajo

 10/25/2018

 RE: [Student Name]

 DOB: [Date of Birth] ID#[STAC ID]

[District Name]

[District Address]

He recibido y entiendo que el distrito esta requerido a reevaluar a mi niño(a) con el fin de determinar las necesidades educativas de mi niño(a) y de continuar la elegibilidad de educación especial.

Por favor cheque un cajón:

[ ]  Concedo por la presente el consentimiento para la reevaluación por el Comité de Educación Especial según lo indicado abajo:

 **Reevaluación**

 **Una Evaluación del habla/lenguaje**

 **Una evaluación de terapia física**

 **Evaluación de terapia ocupacional**

[ ]  No doy consentimiento al Comité de Educación Especial para la reevaluación.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre/Tutor Firma Fecha

(Imprima Nombre)