



Estudiante:	N.º UID del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Escuela:	Grado:	Edad:

## SOLICITUD DE JUSTIFICACIÓN DE INASISTENCIA DE UNO O VARIOS MIEMBROS DEL EQUIPO DEL Programa de Educación Individual (IEP) REQUERIDOS

Estimado/a: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Antes de justificar la inasistencia de un miembro del equipo del Programa de Educación Individual IEP en una reunión, el padre, madre, tutor legal y/o el alumno deben estar de acuerdo en que se ausente el miembro del equipo IEP. La Agencia de Educación Local propone la inasistencia de un miembro del equipo del Programa de Educación Individual IEP en una reunión que se está programando.

Esta es una solicitud por escrito para que usted esté de acuerdo en justificar la inasistencia de uno o varios miembros del equipo IEP. Las condiciones de esta propuesta figuran a continuación.

Los siguientes miembros del equipo del Programa de Educación Individual IEP, cuya presencia es requerida, no asistirán a la reunión. Sin embargo, participarán proporcionando aportaciones por escrito a todos los miembros del equipo **antes de la reunión**.

Nombre	Decisión de consentimiento	
Maestra de educación especial/Proveedor	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Maestro de educación general	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Intérprete de implicaciones educacionales de los resultados de la evaluación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Representante de la Agencia de Educación Local LEA	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Los siguientes miembros del equipo del Programa de Educación Individual IEP, no asistirán a la reunión porque el área educativa del miembro o los servicios afines no están siendo modificados o no serán comentados durante la reunión.

Nombre	Decisión de consentimiento	
Maestra de educación especial/Proveedor	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Maestro de educación general	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Intérprete de implicaciones educacionales de los resultados de la evaluación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

C: EC File, Padre, madre o tutor legal N.º UID del estudiante: \_\_\_\_\_



Representante de la Agencia de Educación Local LEA	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Para que se confirmen las disposiciones de la reunión, por favor devuelva este formulario firmado a:  
Administrador de casos de EC: Niños Excepcionales (Exceptional Children, EC)

Escuela: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

C: EC File, Padre, madre o tutor legal N.º UID del estudiante: \_\_\_\_\_