

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

**SAEE-17 Solicitud de reactivación**

Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ padre, madre o encargado del  
estudiante \_\_\_\_\_, con número de SIE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ solicito reactivar los servicios del programa de educación especial.

La última escuela pública en que mi hijo(a) estuvo activo fue:

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_  
Oficina Regional Educativa de \_\_\_\_\_  
Pueblo \_\_\_\_\_  
Grado \_\_\_\_\_

La alternativa de ubicación en la que estaba era:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salón regular con servicios relacionados   | <input type="checkbox"/> Estudiante preescolar |
| <input type="checkbox"/> Salón regular con servicios suplementarios | <input type="checkbox"/> Escuela privada       |
| <input type="checkbox"/> Salón especial                             | <input type="checkbox"/> Homeschooling         |
| <input type="checkbox"/> Escuela especial                           |  |
| <input type="checkbox"/> Hogar                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Hospital                                   |  |

Autorizo a que se me contacte a través de:

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

Firma del padre, madre o encargado \_\_\_\_\_

Persona que recibe la solicitud \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Puesto \_\_\_\_\_