

Estudiantes con Problemas de Movilidad -Estipulaciones 69, 70 y 71
Año Fiscal 2021-2022
Caso Rosa Lydia Vélez

ORE: _____

Nombre de la Escuela: _____

Municipio: _____

Código de la Escuela: _____

1. ¿Su escuela tiene matrícula de estudiantes del Programa de Educación Especial?

____SI ____NO

2. ¿Su escuela tiene barreras arquitectónicas?

____SI ____NO

3. ¿Hay algún estudiante de Educación Especial con Necesidades en el Área de Movilidad?

____SI ____NO

NOTA: Si contestó que NO en alguna de las preguntas arriba presentadas, NO debe que llenar el resto del documento ya que no le aplica.

| Nombre del Estudiante con Necesidades en el Área de Movilidad | # SIE | ¿Estas necesidades están expresadas en el PEI? | | Descripción de la necesidad en el área de movilidad | | | | | | | ¿Fue atendida la necesidad en el área de movilidad? | | Descripción de la acción tomada para atender la necesidad en el área de movilidad del estudiante | ¿Estudiante requirió ajuste en la Organización Escolar? | | Tipo de ajuste que requiere el estudiante <small>(De haber contestado "no" en la pregunta relacionada con el ajuste a la organización escolar, <u>no</u> debe completar esta parte)</small> | | | | | | | Se proveyó el ajuste requerido <small>(De haber contestado "no" en la pregunta relacionada con el ajuste a la organización escolar, no debe completar esta parte)</small> | | Se le ofreció el ajuste en un ambiente integrado y apropiado de acuerdo a las necesidades del estudiante <small>(De haber contestado "no" en la pregunta relacionada con el ajuste a la organización escolar, no debe completar esta parte)</small> | |
|---|-------|--|----|---|---|---|---|---|---|----|---|----|--|---|---|--|---|---|---|---|---|----|--|----|--|--|
| | | SI | NO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | SI | NO | SI | | NO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sí | No | Sí | No | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Certifico Correcto:

Nombre del Director Escolar o Encargado

Firma

Puesto

Fecha

- Leyenda para la descripción de la necesidad de movilidad:**
- 1. Necesidad de tener acceso al edificio, comedor, salones de clase, biblioteca, baños y el patio.
 - 2. Necesidad de ubicar a un estudiante en hogar u hospitales.
 - 3. Necesidad de hacer ajustes en el salón de clase para facilitar movilidad.
 - 4. Necesidad de hacer cambios en la organización escolar.
 - 5. Necesidad de reubicar salón de educación especial, biblioteca, laboratorios, salones de terapia.
 - 6. Necesidad de trasladar estudiante a otra escuela.

- Leyenda para el tipo de ajuste requerido:**
- 1. El grupo se mueve a la planta baja
 - 2. Cambio de salón
 - 3. Ofrecer acomodos requeridos
 - 4. Cambio de horario en el Programa del Maestro
 - 5. Se solicitó recursos adicionales
 - 6. Reducción de matrícula en el grupo
 - 7. Otros