



**ACUERDO EDUCACIONAL PARA LOS ESTUDIANTES
CON CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD**

Ciclo Escolar _____

Termine solamente si el estudiante no tiene un plan de acomodo 504 terminado

Nombre del Estudiante	Matrícula	Grado	Escuela
Nombre del Padre		Domicilio	Ciudad
Teléfono de Casa #		Tel. del Trabajo #	Celular #
Persona Responsable de Coordinar la Tarea		Posición	Teléfono

Fecha	Notificación y Comunicación
	Certificación médica de la condición crónica de salud (diagnóstico, pronóstico, e incapacidad de asistir a la escuela regularmente).
	La condición crónica se ha anotado en el registro de asistencia.
	El estudiante fue referido al coordinador 504 para evaluación.
	Los profesores del estudiante fueron informados sobre la condición crónica de salud del estudiante.
	El Asesor Escolar fue informado sobre la condición crónica de salud del estudiante.
	Actividades/requisitos de la educación física adaptados según la certificación médica.
	El profesor certificado acuerda proporcionar el trabajo de la escuela, la comunicación en curso y la reacción sobre su progreso durante ausencias como sigue:
	El padre/el tutor acuerda devolver a la escuela el trabajo terminado de la escuela de forma oportuna y poner al día a la escuela con respecto a las ausencias como sigue:
	Revisión anual programada de las necesidades de instrucción y del estudiante.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Firma del Director/Designado

Título

Fecha