**Hazleton Area School District**

**Special Education Department**

**1515 W. 23rd Street Phone: (570) 459-3111**

**Hazle Township, PA. 18202 Fax:(570) 459-3211**

**BRIAN T. UPLINGER, M.Ed ROBERT MEHALICK JEFFREY WEED**

Superintendent of Schools Assistant to the Superintendent Asst. Director of Special Education/

For Student Services Early Intervention

**KIMBERLY ECKER CHRISTINE DELASH DANIELL LAGANA**

Special Education Supervisor Special Education Supervisor Special Education Supervisor

**ACTUALIZACIÓN DEL PROGRESO DEL IEP**

**Estimado padre/tutor:**

**La(s) hoja(s) de metas, del IEP actual de su hijo, se envían para proporcionarle una actualización trimestral del progreso. Por favor, revise y devuélvame la página de firma de los padres. El informe es para que usted lo conserve. Si tiene alguna pregunta o desea concertar una conferencia, póngase en contacto conmigo en el número de teléfono de la escuela.**

**Atentamente,**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Maestra de Educación Especial**

**Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Trimestre 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(firma de los padres) (fecha)**

**Trimestre 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Firma de los padres) (fecha)**

**Trimestre 3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Firma de los padres) (fecha)**

**Trimestre 4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Firma de los padres) (fecha)**