Distrito Escolar del Condado de Suwannee

Oficina de Servicios Estudiantiles
1740 Ohio Avenue, South
Live Oak, Florida 32064
386-647-4630

Invitación para el Equipo de Ayuda Estudiantil

Fecha: _____

Querido, _____
Nombre de los Padres/Tutores Legales

_____
Dirección

_____
Ciudad, Estado, Código Postal

Está invitado a asistir a una reunión del Equipo de Apoyo Estudiantil (SST) para su hijo. El propósito de esta reunión es revisar los registros académicos actuales y pasados de su hijo, los registros de conducta (si es necesario), las fortalezas y las debilidades, a fin de desarrollar las intervenciones necesarias para ayudar a su hijo en la escuela. El objetivo de la reunión será identificar y revisar estrategias para ayudar a _____ a tener éxito en la escuela.
El nombre del estudiante

Fecha: _____ **Hora:** _____ **Lugar:** _____

The following persons are invited to the Student Support Team Meeting:

- ☐ Entrenador Académico
- ☐ Director de Servicios Estudiantiles/Designado
- ☐ Coordinador de MTSS
- ☐ Padre/Guardián
- ☐ Administrador de escuela
- ☐ Consejero de la escuela
- ☐ Enfermera de la escuela
- ☐ Psicólogo de la escuela
- ☐ Maestro
- ☐ Otro _____

Indique si puede asistir a la reunión marcando las respuestas a continuación:

- ☐ Asistiré a la reunión a la hora programado anteriormente.
- ☐ No podré asistir a la reunión a la hora programada, comuníquese conmigo para reprogramar _____
- ☐ Preferiría participar por teléfono a la hora programada, por favor llame _____.

Por favor firme y devuelva esta carta a la escula de su hijo.

_____ _____
Firma del Padre, Tutor o Padre Sustituto *Fecha*

Esperamos contar con su participación en esta reunion. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llamarme _____.

Atentamente,