

MIGRANT EDUCATION PROGRAM • REGION 1

INDIVIDUAL STUDENT LEARNING PLAN

(copy must be placed in migrant file and cum folder)

Student Name: _____ District: _____

School: _____ Grade: _____ COEStar #: _____

Dear Parent:

The Migrant Education Program is available to provide supplementary assistance to your child in accordance with AB 1382 and the California Educational Code Section 5-54443-1A, 1C. Based on the results of a needs assessment your child will receive supplementary assistance in:

- _____ Assessment/Preschool Services/Linkage (3-4 year olds)
- _____ Auditing/Language Development Intervention
- _____ Auditing/Reading Intervention
- _____ Auditing/Mathematics Intervention
- _____ Auditing/Writing Intervention
- _____ Counseling/Drop-Out Prevention and Intervention
- _____ Monitoring of Academic Progress/Academic Guidance

The following methods will be used to provide supplementary assistance:

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| _____ Counseling | _____ PASS Program |
| _____ In-Class tutorial assistance | _____ Extended School Day |
| _____ Saturday School | _____ Summer School |
| _____ Health Services | _____ Student Conferences |
| _____ Pre-School Instruction | _____ Instructional Field Trips |

Health services- vision, hearing, dental, and physical exams- will be provided based on need and available resources.

If you have any questions about your child's educational program, please contact the person listed below:

Name: _____ Telephone: _____ Date: _____

PROGRAMA DE EDUCACION MIGRANTE • REGION 1

PLAN ACADEMICO ESTUDIANTIL INDIVIDUAL

(copy must be placed in migrant file and cum folder)

Nombre del Estudiante: _____ Distrito: _____

Escuela: _____ Grado: _____ # de COEStar: _____

Estimado Padres:

El Programa de Educación Migrante está disponible para proveer ayuda suplementaria en la educación de su hijo, conforme a la Ley AB 1382 y al Código de Educación de Estado de California 5-54443-1A, 1C. Basado en los resultados de la asesoría de necesidades, su hijo recibirá asistencia suplementaria en las siguientes áreas:

- _____ Asesoramiento/Servicios Pre-Escolares/Enlace (3-4 años de edad)
- _____ Asesoramiento/Intervencion en el Desarrollo del Lenguaje Oral y Escrito
- _____ Asesoramiento/Intervencion en la Lectura
- _____ Asesoramiento/Intervencion en las Matemáticas
- _____ Asesoramiento/Intervencion en la Escritura
- _____ Consejería/Prevención e Intervención para Estudiantes de Secundaria
- _____ Supervisión del Progreso Académico del Estudiante

Se usarán los siguientes métodos para proveer la asistencia suplementaria:

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| _____ Consejería | _____ Programa PASS |
| _____ Tutoría en la Clase | _____ Tutoria Despues de Escuela |
| _____ Escuela De Sabado | _____ Escuela de Verano |
| _____ Servicios de Salud | _____ Conferencias Estudiantiles |
| _____ Instrucción Pre-Escolar | _____ Paseos Instruccionales |

Los servicios de salud - visual, aural, dental y evaluaciones físicas – se proveerán de acuerdo con la necesidad individual y recursos disponibles.

Si tienen preguntas sobre el plan de educación de su hijo, hagan el favor de comunicarse con:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____