

CONDADO DE SANTA CLARA Página ____ de ____
PROPUESTA DE LA EDUCACIÓN PÚBLICA GRATUITA Y ADECUADA (FAPE)
SERVICIOS DE AÑO ESCOLAR EXTENDIDO (ESY)

Nombre _____ Fecha del IEP ____ / ____ / ____

AÑO ESCOLAR EXTENDIDO (ESY)			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Año escolar extendido (ESY):		Fecha de inicio: / /	Fecha de finalización: / /
Proveedor:			<input type="checkbox"/> Indiv. <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Transición sec.
Frecuencia	Duración	Ubicación:	
Año escolar extendido (ESY):		Fecha de inicio: / /	Fecha de finalización: / /
Proveedor:			<input type="checkbox"/> Indiv. <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Transición sec.
Frecuencia	Duración	Ubicación:	
Año escolar extendido (ESY):		Fecha de inicio: / /	Fecha de finalización: / /
Proveedor:			<input type="checkbox"/> Indiv. <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Transición sec.
Frecuencia	Duración	Ubicación:	
Año escolar extendido (ESY):		Fecha de inicio: / /	Fecha de finalización: / /
Proveedor:			<input type="checkbox"/> Indiv. <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Transición sec.
Frecuencia	Duración	Ubicación:	
Año escolar extendido (ESY):		Fecha de inicio: / /	Fecha de finalización: / /
Proveedor:			<input type="checkbox"/> Indiv. <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Transición sec.
Frecuencia	Duración	Ubicación:	
Año escolar extendido (ESY):		Fecha de inicio: / /	Fecha de finalización: / /
Proveedor:			<input type="checkbox"/> Indiv. <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Transición sec.
Frecuencia	Duración	Ubicación:	

Los programas y los servicios se proporcionarán durante el horario de asistencia del estudiante, de acuerdo con el calendario y los servicios programados del distrito de servicio, con exclusión de las vacaciones, los días feriados y los días que no se dicten lecciones educativas, excepto que se especifique lo contrario.