

University of Central Florida
Center for Autism and Related Disabilities
12001 Science Drive, Suite 145
Orlando, FL 32826
Teléfono: 407-737-2566/888-558-1908
Fax: 407-737-2571

Formato de Observación

Información de la Escuela / Programa

Nombre: _____

Dirección: _____

| | | |
|--------|--------|---------------|
| Ciudad | Estado | Código Postal |
|--------|--------|---------------|

Teléfono: () _____ Fax: () _____

Información del estudiante:

| | | |
|----------|--------|----------------|
| Apellido | Nombre | Segundo Nombre |
|----------|--------|----------------|

Dirección: _____

| | | |
|--------|--------|---------------|
| Ciudad | Estado | Código Postal |
|--------|--------|---------------|

Teléfono: () _____ Condado: _____

Yo, el/la que firma éste documento, autorizo al personal de UCF CARD a observar al niño/a antes mencionado en su salón/programa. También doy autorización para que el personal de la escuela/programa discuta y provea al personal del Centro de Autismo y Condiciones Relacionadas, de toda información relevante y records pertinentes a la actuación académica y la conducta de mi hijo/a, incluyendo evaluaciones y recomendaciones.

Esta autorización es valida sólo para facilitar el propósito del diseño de éste formato y se vencerá sólo si yo la revoco. Entiendo que puedo revocar ésta autorización, por escrito, en cualquier momento. Una fotocopia de éste formato firmado es aceptable y puede ser honrada como el original.

Firma del Padre/Madre/Guardián

Fecha