

Universidad Central de Florida
Centro de Autismo y Condiciones Relacionadas
UCF-CARD

4000 Central Florida Blvd.

P.O. Box 162202

Teléfono: 407-823-6011/888-558-1908

Fax: 407-823-6012

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/ antes mencionado en su salón/programa. También doy autorización para que el personal de la escuela/programa discuta y proporcione al personal del Centro de Autismo y Condiciones Relacionadas, de toda información relevante y expedientes pertinentes a la actuación académica y la conducta de mi hijo/a, incluyendo evaluaciones y recomendaciones.

Esta autorización es válida solo 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 es aceptable y puede ser honrada como el original.

Firma del Padre/Madre/Representante

Fecha