



Private Education in a Public School Setting

**RIVERSIDE ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT NO. 2
SPECIAL EDUCATION DEPARTMENT**

PHONE (602) 477-8900 FAX (602) 272-8378

CHILD FIND PRE-SCREENING

Fecha: _____

Nombre de niño/a: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre de los padres: _____ **Teléfono:** _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Correo electrónico: _____

Pediatra: _____ **Teléfono:** _____

Dirección: _____

¿Idioma que habla su hijo? Inglés Español Otro

¿Idioma que hablan el/los padre(s)? Inglés Español Otro

¿Necesita un traductor? Sí No

Razón por la cual usted está solicitando una evaluación para su niño: _____

¿Tiene su niño un diagnóstico médico? Sí No

Indique diagnóstico médico: _____

Fecha de la última prueba de audición: _____

Fecha de la última prueba de visión: _____

¿Vivir dentro de los límites del Distrito? Sí No

¿Ha participado su niño en uno de los siguientes programas? Head Start Pre-escolar

Sí No

Firma de padre

Fecha