

**KERN COUNTY SUPERINTENDENT OF SCHOOLS
Migrant Education Program Region V
Individual Learning Plan**

Dear Parents: _____ Date: _____

California law requires that each year parents are provided a list of the services available to their children from the Migrant Education Program. Please keep this form for your records.

Student: _____ Teacher: _____

School/District: _____ Grade: _____

ASSESSMENT DATA

English Language: Limited Fluent Home Language: _____

Academic Level : (check appropriate column)

(PreK) Readiness Skills

At appropriate age Below appropriate age

(K-OSY)

	At Grade Level (K-12)	Below Grade Level (K-12)	Passed Proficiency (9-12 only)	Passed Exit Exam (9-12 only)
Reading	_____	_____	_____	_____
Writing	_____	_____	_____	_____
Math	_____	_____	_____	_____
Credit Deficient (9-OSY)	_____ YES		_____ NO	

Supplemental Migrant Services Provided: (check all that apply)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Extended Day Instruction | <input type="checkbox"/> OSY Academic Services and/or Referrals |
| <input type="checkbox"/> Summer/Intersession Prog. | 1. <input type="checkbox"/> PASS 2. <input type="checkbox"/> GED 3. <input type="checkbox"/> Other _____ |
| <input type="checkbox"/> Saturday School | <input type="checkbox"/> Leadership and/or College Programs |
| <input type="checkbox"/> MEES | <input type="checkbox"/> Health Referral/Dental Clinic |
| <input type="checkbox"/> Support Services | <input type="checkbox"/> In-School Tutoring (K-12) |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | <input type="checkbox"/> Other _____ |

Your child may qualify for other supplemental services in the district.

If you have any questions or comments, please contact the Migrant Education Program in your district.

White: Student's School File
Pink: Migrant Site File
IS:ME:18 (EC 54443.1[d])

Canary: Parents
Gold: Student's Teacher or Counselor
Rev. 4/01

**EL SUPERINTENDENTE DE ESCUELAS DEL CONDADO DE KERN
El Programa de Educación Migratoria de la Región V
Plan de aprendizaje individual**

Estimados Padres: _____ Fecha: _____

La ley de California requiere que se provea anualmente a los padres una lista de los servicios que están disponibles a sus hijos por el Programa de Educación Migratoria. Favor de mantener esta forma para sus archivos.

Estudiante: _____ Maestro(a): _____

Escuela/Distrito Escolar: _____ Grado: _____

DATOS DE CALIFICACIÓN

Lenguaje de inglés Limitado Proficiente Primer idioma _____

Nivel Académico

(PreK) Preparación de habilidades

A la edad apropiada Por debajo de la edad apropiada

(K-OSY)

	Nivel de Grado (K-12)	Bajo Nivel de Grado (K-12)	Competencias Aprobadas (Solamente 9-12)	Aprovar el examen final (Solamente 9-12)
Lectura	_____	_____	_____	_____
Escritura	_____	_____	_____	_____
Matemáticas	_____	_____	_____	_____
Deficiencia de Créditos (9-OSY)	_____ Sí _____ No			

Servicios Migratorios Suplementarios Proveídos

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Instrucción Después de la clases | <input type="checkbox"/> Servicios académicos y/o recomendación |
| <input type="checkbox"/> Clases de Verano/Intersesión | 1. <input type="checkbox"/> PASS 2. <input type="checkbox"/> GED 3. <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Clases de sábado | <input type="checkbox"/> Liderazgo y/o Academias Universitarias |
| <input type="checkbox"/> MEES | <input type="checkbox"/> Recomendación Médica/Clinica dental |
| <input type="checkbox"/> Servicios Suplementarios | <input type="checkbox"/> Servicios de tutores en la escuela |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Su hijo(a) puede calificar para otros servicios suplementarios en su distrito.

Si tiene cualquier pregunta, favor de llamar al programa de Educación Migratoria del distrito.

Blanco: Archivo Estudiantil de la Escuela
Rosado: Archivo Migratorio
IS:ME:18 (EC 54443.1[d])

Amarillo: Padres
Oro: Maestro(a) del estudiante
Rev. 4/01