



DIVISION OF SPECIAL EDUCATION

DOC  
TYPE 2910E

PRINT STUDENT'S NAME			DATE (MM/DD/YY)	
(LAST)	(FIRST)	(M.I.)		
			STUDENT ID. NO.	

**HOME ACTIVITY PROGRAM  
(Occupational and Physical Therapy)**

Student's Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Parent/Guardian \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_

Therapist(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Title

Title

DATE OF CONFERENCE \_\_\_\_\_

GOAL:

---



---



---



---

1. POSITION OF CHILD:

---



---



---



---

2. ACTIVITY TO BE PERFORMED:

---



---



---



---



---



---



---

3. FREQUENCY OF ACTIVITY:

A. NUMBER OF REPETITIONS: \_\_\_\_\_

B. TIMES PER DAY OR WEEK TO BE ADMINISTERED: \_\_\_\_\_

4. BEHAVIORAL RESPONSES/SUGGESTIONS:

---



---



---



---



---



---

Please contact the therapist if you have any question concerning the goals, activities, or your child's progress.

During the month of \_\_\_\_\_ please contact the therapist for an appointment to evaluate the program for your child and to determine progress toward the stated goals.



DIVISIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL

DOC  
TYPE 2910S

NOMBRE DE ESTUDIANTE EN LETRA DE MOLDE (APELLIDO) _____ (NOMBRE) _____ (INICIAL) _____			FECHA (Mes/Día/Año) _____	_____
_____			NÚMERO DE ID. DE ESTUDIANTE	_____

**PROGRAMA DE ACTIVIDADES EN LA CASA  
(Terapia Física y Ocupacional)**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Padre o Madre/Tutor \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Terapeuta(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Título

\_\_\_\_\_

Título

FECHA DE LA CONFERENCIA \_\_\_\_\_

Meta

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. POSICIÓN DEL NIÑO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ACTIVIDAD A REALIZAR

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD

A. NÚMERO DE REPETICIONES \_\_\_\_\_

B. CUÁNTAS VECES POR DÍA O POR SEMANA A REALIZAR \_\_\_\_\_

4. REACCIONES EN EL COMPORTAMIENTO / SUGERENCIAS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Favor póngase en contacto con el terapeuta si tiene alguna pregunta sobre las metas, actividades, o el progreso de su niño(a).

Durante el mes de \_\_\_\_\_ favor comuníquese con el terapeuta y haga una cita para evaluar el programa de su niño(a) y determinar el progreso hacia dichas metas.



DIVIZYON EDIKASYON ESPESYAL

DOC  
TYPE 2910H

EKRI NON ELÈV LA AN LÈT MAJISKIL (SIYATI) (PREMYE NON) (LÒT NON.)	DAT (MWA/JOU/ANE)	_____
	NIMEWO IDANTIFIKASYON ELÈV LA	_____

**AKTIVITE POU LAKAY  
(Terapi fizik ak okipasyonèl)**

Non elèv la \_\_\_\_\_ Dat li fèt \_\_\_\_\_

Non Paran/ Moun ki responsab li \_\_\_\_\_ Non lekòl la \_\_\_\_\_

Non moun k ap swaye l la (terapis elèv la) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tit li

\_\_\_\_\_ Tit li

DAT KONFERANS LA \_\_\_\_\_

SA NOU VLE ELÈV LA APRANN

---

---

---

1. POZISYON TIMOUN LAN

---

---

---

2. AKTIVITE KI DWE FÈT

---

---

---

---

---

---

---

3. POU KONBYEN TAN AKTIVITE SA YO DWE FÈT

A. KANTITE REPETISYON \_\_\_\_\_

B. KONBYEN FWA PA JOU OSNON PA SEMEN AKTIVITE YO DWE FÈT \_\_\_\_\_

4. REPONS NAN KONPÒTMAN/SIJESYON

---

---

---

---

---

---

---

Silvouplè, kontakte moun k ap swaye piti ou a (terapis la), si ou gen kesyon konsènan rezilta y ap chache yo, aktivite y ap fè ak timoun nan, osnon pwogrè li reyalize.

Pandan mwa \_\_\_\_\_ silvouplè, kontakte moun k ap swaye piti ou a (terapis la) pou fikse yon randevou, konsa ou ka mezire pwogrè l fè konsènan objektif nou te mete anplas pou li.