



DIVISION OF SPECIAL EDUCATION

**PHYSICAL AND OCCUPATIONAL THERAPY
Home/Hospital Instructional Program**

Therapist's Name _____ Date _____

Student's Name _____

x - Therapist ill	o - Student ill
-------------------	-----------------

	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
Start					
End					

Parent's Signature

Services for instruction are to be provided Monday - Friday between the hours of 8:15 a.m. - 3:35 p.m. unless approved by parent and Administrator, Home/Hospital Instructional Program.

Verification by Therapist

Date



DIVISIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL

TERAPIA FÍSICA Y OCUPACIONAL
Programas de Enseñanza en la Casa/el Hospital

Nombre del Terapeuta _____ Fecha _____

Nombre del Estudiante _____

- Terapeuta enfermo(a) Estudiante enfermo(a)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Comienzo					
Fin					

Firma de Padre o Madre

Las clases serán proporcionadas de Lunes a Viernes, entre las 8:15 a.m. y 3:35 p.m. a menos que sean aprobadas por uno de los padres y el Administrador del Programa de Enseñanza en la Casa/el Hospital.

Verificación del Terapeuta

Fecha



DIVIZYON EDIKASYON ESPESYAL

TERAPI FIZIK AK TERAPI OKIPASYONÈL
Pwogram Lakay ak Lopital

Non terapis la _____ Dat _____

Non Elèv la _____

x - Terapis la te malad o - Elèv la te malad

	Lendi	Madi	Mèkredi	Jedi	Vandredi
Koumanse					
Fini					

Siyati paran

Yo dwe bay elèv la sèvis ak enstriksyon koumanse lendi pou rive vandredi, depi 8 tè kenz nan maten pou rive nan 3 zè tranzenk aprè midi. Si pou l fèt lòt jan, paran ak ofisyèl lekòl la/ ak enstriktè ki al lakay osnon nan lopital la dwe dakò.

Siyati Terapis la

Dat