



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Division of Special Education

Physical and Occupational Therapy Services

Dear Parents:

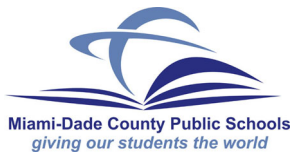
Your child _____ is currently scheduled to receive:

____ Occupational Therapy at _____ on _____
(School) (Date)

____ Physical Therapy at _____ on _____
(School) (Date)

during the school day. If you have any questions about your child's services or would like to meet your child's therapist(s) please feel free to call _____ and if necessary, set up an appointment. We will be working with your child and his or her teachers and would value any input from you to ensure a successful and productive year. Thank you.

Physical Therapist Date Occupational Therapist Date



ESCUELAS PÚBLICAS DE MIAMI-DADE
División de Educación Especial

Servicios de Terapia Física y Ocupacional

Estimados Padres:

Su niño(a) _____ está programado(a) para recibir:

_____ Terapia ocupacional en _____ el _____
(Escuela) (Fecha)

_____ Terapia física en _____ el _____
(Escuela) (Fecha)

durante el día escolar. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios ofrecidos a su niño(a) o desearía conocer la (las) terapeuta(s) de su niño(a), favor póngase en contacto con _____, y si es necesario, haga una cita. Nosotros estaremos trabajando en conjunto con su niño(a) y su(s) maestro(s) y consideraremos cualquier recomendación o información suya para asegurar un año con éxito y productivo. Gracias.

Terapeuta Física Fecha Terapeuta Ocupacional Fecha