



**MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
MULTI-TIERED SYSTEM OF SUPPORTS (MTSS)  
PARENT/GUARDIAN STUDENT SUPPORT PLAN**

**Date:** \_\_\_\_\_

To the Parent(s) / Guardian(s) of: \_\_\_\_\_

On \_\_\_\_\_ a meeting was held to discuss your child's progress in school.  
As a result of the meeting, a plan was developed to address the individual needs of your child.

**The School Plan**

The specific areas that are addressed in the plan are:

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| _____ Academic Performance                   | _____ Emotional/Social Development |
| _____ Attendance                             | _____ Functional/Self-Help Skills  |
| _____ Attention                              | _____ Health/Physical Health       |
| _____ Behavior Concerns                      | _____ Motor Skills                 |
| _____ Communication                          | _____ Other _____                  |
| _____ Developmental Delays (Early Childhood) | _____ Other _____                  |

The school will be using the following activities to help your child:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian Assistance Requested**

Your assistance can increase our success with your child. Listed here are some suggestions for activities that you can do at home that will benefit your child.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

These activities will help best if they take place at least \_\_\_\_\_ times a week, for about minutes each time. These activities should not become a source of conflict between you and your child; they should be fun and provide enjoyment for your family.

For help understanding of these activities/suggestions, please contact:

\_\_\_\_\_  
Contact Person

\_\_\_\_\_  
Title

\_\_\_\_\_  
Telephone

\_\_\_\_\_  
Teacher's Signature

\_\_\_\_\_  
Parent's Signature

\_\_\_\_\_  
Student's Signature

**Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade**  
**MULTI-TIERED SYSTEM OF SUPPORTS (MTSS)**  
**Plan de Apoyo de los Padres para el Estudiante**

Fecha: \_\_\_\_\_

AL (A LA) PADRE (MADRE) O TUTOR(ES) de: \_\_\_\_\_

El día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ se llevó a cabo una reunión para discutir el progreso de su niño(a) en la escuela. Como resultado de esta reunión, se desarrolló un plan para tratar las necesidades individuales de su niño(a).

**El Plan Escolar**

Las áreas específicas que se incluyen en el plan son las siguientes:

- |   |  |
|---|--|
| _____ Desempeño académico                 | _____ Desarrollo emocional/social          |
| _____ Asistencia                          | _____ Habilidades prácticas / ayuda propia |
| _____ Nivel de Concentración              | _____ Salud / Salud Física                 |
| _____ Problemas de comportamiento         | _____ Habilidades motoras / de movimientos |
| _____ Comunicación                        | _____ Otras: _____                         |
| _____ Retraso en el Desarrollo (Infancia) | _____ Otras: _____                         |

La escuela utilizará las actividades siguientes para ayudar a su niño(a):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Ayuda Solicitada de los Padres / Tutores**

Su ayuda puede incrementar nuestro éxito con su niño(a). A continuación se enumera un listado de algunas sugerencias de actividades que usted puede llevar a cabo con su niño(a) en su hogar:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Estas actividades ayudarán de la mejor manera si se llevan a cabo \_\_\_\_\_ veces a la semana, por lo menos, por un período de \_\_\_\_\_ minutos. Estas actividades no deberían presentar ningún conflicto entre usted y su niño(a); deben ser divertidas y entretenidas para su familia.

Para obtener más ayuda sobre estas actividades o sugerencias para que estas actividades sean divertidas, favor póngase en contacto con:

_____ (Persona de contacto)	_____ (Cargo)	_____ (Teléfono)
_____ Firma del Maestro(a)	_____ Firma del padre/de la madre	_____ Firma del estudiante

**LEKÒL PIBLIK MIYAMI  
MULTI-TIERED SYSTEM OF SUPPORTS (MTSS)**

***Plan Sipò Paran/Responsab Elèv***

**Dat:** \_\_\_\_\_

Paran/Responsab: \_\_\_\_\_

Nan dat \_\_\_\_\_ yo te fè yon reyinyon sou pwogrè pitit ou a nan lekòl. Daprè rezilta reyinyon sa a, yo te devlope yon plan pou adrese bezwen endividyèl pitit ou a.

**Plan Lekòl la**

Plan a adrese bagay sa yo:

- |  |  |
|--|--|
| ___ Pefòmans akademik (Pwogrè akademik)                  | ___ Devlopman Emosyonèl / Sosyal           |
| ___ Prezans  | ___ Ede tèt li poukont li                  |
| ___ Atansyon (Eske elèv la swiv sa k ap fèt nan klas la) | ___ Sante/ Sante fizik                     |
| ___ Konpòtman  | ___ Kontwòl mouvman gwo misk<br>ak ti misk |
| ___ Kominikasyon   | ___ Lòt _____                              |
| ___ Reta nan devlopman (Timoun piti / Tibebe)            | ___ Lòt _____                              |

Lekòl la ap itilize aktivite sa a yo pou ede pitit ou a:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Demand pou Paran/Responsab timoun nan bay asistans**

Asistans ou ka ogmante siksè nou ak pitit ou a. Men kèk aktivite nou sijere ou ka fè lakay ak pitit ou, ki ka benefisye l.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Aktivite sa yo ap pi bon si yo fèt o mwen \_\_\_\_\_ fwa pa semèn, pou apeprè \_\_\_\_\_ minit chak fwa. Aktivite sa yo pa dwe yon sous diskisyon ant ou menm e pitit ou a; okontrè, yo dwe yon amizman pou fanmi an.

Si ou bezwen asistans pou ede w konprann aktivite ousnon sijesyon pou t a kapap fè aktivite yo pi amizan, tanpri kontakte:

\_\_\_\_\_  
(Moun pou kontakte a)

\_\_\_\_\_  
(Tit)

\_\_\_\_\_  
(Telefòn)

\_\_\_\_\_  
Siyati pwofesè a

\_\_\_\_\_  
Paran/Responsab

\_\_\_\_\_  
Siyati elèv la