

DARE COUNTY SCHOOLS – _____ School
Tier I Student Snapshot/Nivel I Observaciones Estudiantiles
PEP FORM A

Student Name: Nombre del Estudiante			NCWISE#			Date/Fecha:					
Name and Address of Parent/Guardian Nombre/Domicilio de P/Madre											
Teacher/Maestro:			DOB: Fecha de Nacimiento		Grade:		Retention(s) - Specify Grade Level(s): Años Repetidos				
Attendance Enrolled/Present Asistencia	Grade K		Grade 1		Grade 2		Grade 3		Grade 4	Grade 5	
Area(s) of Concern											
Language Arts <input type="checkbox"/> Letter Names (upper ___/26; lower ___/28) <input type="checkbox"/> Phonemic Awareness <input type="checkbox"/> Word Recognition <input type="checkbox"/> Word Attack/Word Study <input type="checkbox"/> Reading Comprehension <input type="checkbox"/> Reading Fluency <input type="checkbox"/> Written Expression <input type="checkbox"/> Writing Conventions <input type="checkbox"/> Other			Artes de Lenguaje <input type="checkbox"/> Nombres de Letras (mayúscula ___/26 y minúscula ___/28) <input type="checkbox"/> Conocimiento Fonológico <input type="checkbox"/> Reconocimiento de Palabras <input type="checkbox"/> Estudio de Palabras <input type="checkbox"/> Comprensión de Lectura <input type="checkbox"/> Fluidez de Lectura <input type="checkbox"/> Expresión Escrita <input type="checkbox"/> Convenciones Escritos <input type="checkbox"/> Otro			Mathematics <input type="checkbox"/> Number Sense <input type="checkbox"/> Basic Math Facts (add, sub., mult., divide) <input type="checkbox"/> Computation _____ <input type="checkbox"/> Problem-Solving <input type="checkbox"/> Word Problems <input type="checkbox"/> Geometry <input type="checkbox"/> Measurement <input type="checkbox"/> Probability/Data <input type="checkbox"/> Graphing <input type="checkbox"/> Other			Matemáticas <input type="checkbox"/> Sentido Numérico <input type="checkbox"/> Operaciones Matemáticas (sumar, restar, multiplicar, dividir) <input type="checkbox"/> Computación _____ <input type="checkbox"/> Resolver Problemas <input type="checkbox"/> Problemas de Palabras <input type="checkbox"/> Geometría <input type="checkbox"/> Medidas <input type="checkbox"/> Probabilidades y Datos <input type="checkbox"/> Gráficas <input type="checkbox"/> Otro		
Behavior <input type="checkbox"/> Noncompliant <input type="checkbox"/> Motivation <input type="checkbox"/> Attention span <input type="checkbox"/> Relationships (Peers, Adults) <input type="checkbox"/> Withdrawn <input type="checkbox"/> Moody <input type="checkbox"/> High activity level <input type="checkbox"/> Verbally aggressive <input type="checkbox"/> Physically aggressive <input type="checkbox"/> Nervous/Distressed <input type="checkbox"/> Other			Comportamiento <input type="checkbox"/> Desobediente <input type="checkbox"/> Motivación <input type="checkbox"/> Atención <input type="checkbox"/> Relaciones (compañeros, adultos) <input type="checkbox"/> Aislado (por su propia voluntad) <input type="checkbox"/> De humor variable <input type="checkbox"/> Nivel de energía alto <input type="checkbox"/> Verbalmente agresivo <input type="checkbox"/> Físicamente agresivo <input type="checkbox"/> Nervioso/Angustiado <input type="checkbox"/> Otro			Other <input type="checkbox"/> Medical (area: _____) <input type="checkbox"/> Motor Skills <input type="checkbox"/> Speech/Language <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Hearing <input type="checkbox"/> Follow directions (oral, written) <input type="checkbox"/> Task Engagement <input type="checkbox"/> Task Completion (homework, classwork) <input type="checkbox"/> Other			Otro <input type="checkbox"/> Médica (area: _____) <input type="checkbox"/> Destrezas Automotrices <input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Escuchar/Oído <input type="checkbox"/> Seguir instrucciones (orales, escritas) <input type="checkbox"/> Se compromete a realizar un trabajo <input type="checkbox"/> Completar trabajos (tareas, clases) <input type="checkbox"/> Otro		
Current Levels	Reading/Lectura:		Math/Matemáticas:		Writing/Escritura:		Date of Vision Screening Fecha de Ultimo Examen de la Vista				
Nivel Actual							_____				
							Results/Resultados:				
							Far/Lejos:		Near/Cerca:		

EOG Scores/ Resultados de Exámenes de Fín de Año											
GRADE GRADO	3 rd			4 th				5 th			Date of Hearing Screening Fecha de Ultimo Examen de Oídos _____ Results/Resultados:
	SS Puntos	%tile %taje	Level Nivel	SS Puntos	%tile %taje	Level Nivel	Writing Test Score	SS Puntos	Level Nivel	%tile %taje	
Reading Lectura							Examen de Escritura				
Math Matemáticas											
Services Received/Servicios Recibidos <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> _____ Small Group Instruction/Instrucción en Grupos Pequeños _____ Counseling/Consejería _____ 504 Accommodations/Adaptaciones de 504 _____ Occupational Therapy/Terapia Ocupacional _____ Speech/Language Therapy/Terapia del Habla o Lenguaje _____ Reading Lab/Práctica de Lectura _____ ESL/LEP/ELL*/Inglés como Segundo Idioma/Proficiencia de Inglés Limitado/Estudiante del Idioma de Inglés _____ Other/Otro (please specify/favor de especificar: _____) </div> <div style="width: 45%;"> _____ Individual Instruction/Instrucción Individual _____ Title I/Título I _____ Community Services/Servicios Comunitarios _____ Tutoring/Tutoría _____ Physical Therapy/Terapia Física _____ Math Lab/Práctica de Matemáticas </div> </div>											
Teacher Signature/Firma de Maestro _____						Date/Fecha _____*					
Parent Signature/Firma de P/Madre _____						Date/Fecha _____					
Mid Year Parent Signature/Firma de P/Madre a Medios del Año _____						Date/Fecha _____					
End of the Year Parent Signature/Firma de P/Madre a Fín de Año _____						Date/Fecha _____					