



District 75 - Citywide Programs
 400 First Avenue
 New York, NY 10010



Autorización para enseñanza de movilidad y orientación de los Servicios educativos visuales (EVS)

Nombre del estudiante _____ **Fecha** _____

Escuela _____ **Teléfono de la escuela** _____

Doy autorización para que mi hijo, _____, participe en enseñanza de orientación y movilidad. Esta enseñanza abordará la necesidad que tiene el alumno de aprender destrezas y técnicas específicas que necesita como un estudiante ciego o con impedimentos visuales para desplazarse de manera segura y efectiva en la escuela y la comunidad. La instrucción para mi hijo la impartirá un maestro de orientación y movilidad adscrito al personal de los Servicios educativos visuales (ESV, por sus siglas en inglés). Las clases se efectuarán en la escuela de mi hijo, el vecindario de la escuela y el transporte público cuando sea pertinente. La enseñanza de orientación y movilidad puede incluir trabajo con artefactos especiales, tales como un bastón largo, o auxiliares ópticos para visión muy deteriorada. Entiendo que el maestro de orientación y movilidad de los EVS acompañará a mi hijo en todo momento durante las lecciones.

En caso de que ocurran incidentes que afecten la seguridad de mi hijo durante estas clases de orientación y movilidad, específicamente doy autorización al maestro de orientación y movilidad de los EVS para que le proporcione a mi hijo la asistencia apropiada de conformidad con los procedimientos del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York. En consecuencia, convengo en entregar la información exigida a continuación conjuntamente con mi firma.

Usted puede comunicarse con el maestro de orientación y movilidad de su hijo dejando un mensaje en Servicios educativos visuales (EVS), teléfono 917-256-4259, o a través del maestro de aula de su hijo o el maestro de los estudiantes con impedimentos visuales. No dude en llamar a EVS si tiene preguntas o inquietudes.

Padres: por favor proporcionen en este formulario los datos que se piden, firmen y escriban la fecha. Devuelva el formulario a la escuela con su hijo.

Nombre del padre (en letra de imprenta) _____

Teléfono de uno de los padres durante el día _____

Persona de contacto para emergencias _____ **Teléfono** _____

Médico del estudiante _____ **Teléfono** _____

Firma de uno de los padres _____ **Fecha** _____

Pedido de autorización preparado por _____ **Fecha** _____

Dr. Laurence Gardner • Director • Educational Vision Services
 400 First Avenue – 7th Floor, New York, NY 10010 • Tel. (917) 256-4259 • FAX (917) 256-4230
 Email: lgardne@schools.nyc.gov