



CANCER  
FOUNDATION

**Teddy Bear Cancer Foundation**  
**Programa de Educación - Tutoría**  
**Forma de Interés**

INFORMACION DE PADRE/MADRE

Nombre de Padre o Madre: \_\_\_\_\_ Relación a Niño/a: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

INFORMACION DE HIJO/A

Nombre de hijo/a: \_\_\_\_\_ Grado de escuela: \_\_\_\_\_

Nombre de escuela: \_\_\_\_\_

Domicilio de escuela: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (escuela) \_\_\_\_\_

Su hijo/a tiene un Plan Individual Educativo (IEP)? Si  No

INFORMACION DE MAESTRO/A

Nombre de maestro/a: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Materia principal: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

FORMA DE INTERES  
(Marque los servicios de interés)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ayuda para completar tarea                                      | <input type="checkbox"/> Examen Neuropsicológico (Asta \$1,500) |
| <input type="checkbox"/> Área específica (matemáticas, lectura, etc.)<br>describa: _____ | <input type="checkbox"/> Otra razón: _____                      |

Hora de tutoría preferida:

- Mañanas
- Tardes
- Fines de semana
- Durante las vacaciones

Comentarios adicionales :

Nombre (persona completando esta sección):

Describa la razón por cual requiere asistencia de tutor o de examen neuropsicológico para su hijo/a:

**For Office Use Only**

Program Service	Amount Requested	Date Approved	PD Initial/comments