

Formulario 504 de supervisión de adaptaciones

Estudiante: _____

Maestro: _____

Instrucciones: Durante la semana, encierre en un círculo la palabra SÍ, si (ESTUDIANTE) usa o necesita las siguientes adaptaciones, o NO, si no se utilizaron ni necesitaron.

ADAPTACIÓN	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>