



LEGACY CHRISTIAN ACADEMY

Lake Wales Campus

Special Program Information

2025.SS.009
LCA
Lake Wales, FL

REV:
06/15/2025

Student's Name: _____ Grade: _____
(Nombre del Estudiante) (Grado académico)

1. Is your child eligible for services through an (ESE) [] Yes [] No
Exceptional Student Education Program? (IEP)
(¿Es elegible su hijo(a) para el Programa de Estudiantes Excepcionales ESE (IEP)?)
2. Is your child eligible for speech services? [] Yes [] No
(¿Es elegible su hijo(a) para servicios del habla?)
3. Is your child eligible for language services? [] Yes [] NO
(¿Es elegible su hijo para servicios de lenguajes?)
4. Is your child eligible for **ESOL** services? [] Yes [] NO
(¿Es elegible su hijo(a) para servicios de ESOL?)
5. Does your child have a 504 plan? (¿Tiene su hijo(a) un plan 504?) [] Yes [] No
6. Is your child in the process of being evaluated for an **IEP**? [] Yes [] No
(¿Esta su hijo(a) siendo evaluado(a) para un IEP?) (Individual Educacional Plan)
7. Is your child being evaluated for a 504 plan? [] Yes [] No
(¿Esta su hijo(a) siendo evaluado(a) para un plan 504?)
8. List any disabling medical condition or other special programs in which your child has participated.
(Escriba cualquier condición médica o incapacidad u otro programa en el que su hijo(a) a participado.)

Please plan to schedule an appointment with our ESE teachers once they have been announced to discuss your child's placement.

(Por favor agende una cita con su maestro de ESE para discutir el plan de estudio académico de su hijo(a).

Parent / Guardian's Name: _____
(Nombre del Padre o Tutor Legal)

Parent / Guardian's Signature
(Firma del Padre o Tutor Legal)

Date
(Fecha)