

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
 DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
 SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

INVENTARIO DE EQUIPO DE ASISTENCIA TECNOLÓGICA

Fecha: _____

Escuela: _____

Distrito Escolar: _____

Equipo	Nombre del estudiante o grupo que lo utiliza	Se espera que el estudiante o grupo continúe utilizando este equipo durante el próximo año escolar (Sí o No)	El equipo se mantiene en buenas condiciones (Sí o No)

Certifico que la información provista es correcta.

 Director escolar o Facilitador de Educación Especial