



<b>Encuesta PIE</b>		
<b>Nombre Estudiante:</b>		<b>Curso 2025:</b>
<b>Su hijo/a fue o es parte de alguno de los programas mencionados <u>durante los años 2023/2024</u></b>		
Escuela de lenguaje: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PIE: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Escuela especial: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Su hijo/a <u>en la actualidad</u> recibe apoyo de alguna de las siguientes especialidades:</b> Psicólogo/a <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Neurólogo <input type="checkbox"/> fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional <input type="checkbox"/> <b>(Marque con una x la (s) opciones)</b>		
<b>Datos apoderado/a (COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA)</b>		
<b>Nombre:</b>		<b>Teléfono</b>
<b>Correo Electrónico:</b>		