

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACION

QUERELLA

Fecha: _____
RE: Num de Querella: _____
Nombre del estudiante: _____

Sr(a). _____
Superintendente de Escuelas
Distrito Escolar de _____
_____, Puerto Rico _____

Estimado(a) señor(a): _____

1. Yo, _____, padre o encargado de _____
_____, quien estudia en _____
no estoy de acuerdo con los servicios de educación especial que éste recibe por las siguientes
razones:

2. Solicito el siguiente remedio o remedios:

3. _____ Solicito una vista administrativa.

_____ Estoy en la disposición
_____ No estoy en la disposición
de participar en una reunión de mediación previo a la celebración de la vista.

Funcionario que recibe la querella

Padre o encargado

Fecha en que la recibe

Dirección postal

Telefono residencia y/o trabajo

Notificación: El querellante enviara copia de esta querella por correo a la Unidad Secretarial del Procedimiento de Querella y Remedio Provisional, 9, Oficina 916, P.O. Box 190759, San Juan, Puerto Rico 00919-0759.