

CONEJO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
SERVICIOS DE APOYO AL ESTUDIANTE  
EDUCACIÓN PARA DOTADOS Y TALENTOSOS

**PLAN DE APRENDIZAJE DIFERENCIADO INDIVIDUAL**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Años en GATE \_\_\_\_\_  
Nombre del Tutor (es) \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

**Fortalezas Cognitivas del Estudiante** [según lo observado y / o evaluado]: (Marque todo lo que corresponda)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Visual – Habilidades Espaciales | <input type="checkbox"/> Razonamiento Verbal    |
| <input type="checkbox"/> Literatura / Lectura            | <input type="checkbox"/> Razonamiento Abstracto |
| <input type="checkbox"/> Otros _____                     |   |

**Fortalezas y confianza de las habilidades del estudiante:** (marque todo lo que corresponda)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Razonamiento matemático / Mental | <input type="checkbox"/> Cálculo de Matemáticas   |
| <input type="checkbox"/> Historia                         | <input type="checkbox"/> Ciencias                 |
| <input type="checkbox"/> Artes Visuales                   | <input type="checkbox"/> Las artes escénicas      |
| <input type="checkbox"/> Multimedia / Tecnología          | <input type="checkbox"/> Habilidades de liderazgo |
| <input type="checkbox"/> Música                           | <input type="checkbox"/> Relaciones de compañeros |
| <input type="checkbox"/> Others _____                     |   |

**Intereses Unicos y / o Areas de Preocupación:**  Yes  No

En caso afirmativo, incluya aquí: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PLAN DE GATE**

**Meta(s) del estudiante para el año escolar** (Se requiere al menos 1 meta)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

*Nota: Los objetivos pueden ser un proyecto de clase, basados en aspectos socioemocionales o basados en resultados académicos, etc.*

**Actividades Propuestas Para el Año** (Las actividades de GATE pueden ser basadas en la escuela o proporcionadas por los padres)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Autorreflexión de Meta(s) al Fin de Año** (Describa cómo se revisará cada objetivo)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Firma del Maestro

Firma del Tutor

Firma del Estudiante

Instrucciones:  El plan se completará con los comentarios de los padres y los estudiantes al comienzo de cada año escolar.  
 El maestro y el estudiante revisarán y reflexionarán antes del final del año escolar.