



-----STUDENT SUCCESS TEAM-----

SST Process

When you have serious concerns about a student (academic achievement, behavior, home life, etc.), please follow these steps:

STEP 1

- a. Meet with your grade level team to discuss, create and implement new strategies. Review and try new interventions.
- b. Hold a meeting with the parent(s) to discuss your concerns.
- c. Document both meetings so that you can complete the SST form as needed.

STEP 2 Then if the situation doesn't improve:

- a. Schedule a Student Study Team meeting. (See the green SST binder on top of the mailboxes.)
- b. Request the parent's attendance at the SST, and ask the parent to complete the Parent Form, emphasizing the importance of data that only the parent can supply.
- c. Complete the data as requested on the SST form using the cumulative file, input from the student's other teachers, classroom assessments, and anecdotal information.

STEP 3

- a. Once the form is completed, submit to **DANA's** box by the **Monday** before the SST.
- b. Be sure to bring any other teachers who have significant information about the student and/or be able to talk confidently about the progress/concerns.

STEP 4

- a. Remind parent of meeting.
- b. Attend meeting. Bring the cumulative folder, classroom assessments, and examples of the student's work **PLUS** examples of typical student work, if that will be helpful for comparison.

PEABODY CHARTER SCHOOL



3018 Calle Noguera Santa Barbara CA 93105 805 563 1172

www.peabodycharter.org

A 2010 CALIFORNIA DISTINGUISHED SCHOOL

9 Steps to a Student Success Team Referral

Teacher _____ Student _____

The purpose of a Student Success Team meeting is to provide a time and place for teachers and parents to come together to discuss ways to further help students who may be struggling in some area. We try to always draw on the student's strengths. Please complete the attached form to document interventions that have already been tried.

NOTE: RSP students and students with IEPs and 504s should not be SST'd... they already receive specific and appropriate interventions. *If you have questions, contact Tina, Helen, Claire, Linda or Dana.*

The following items must be completed by you before the meeting:

- ___ 1) **Sign up** to reserve DATE and TIME of meeting. (We will remind you when the day of the meeting approaches, but please make a note of the meeting yourself.)
- ___ 2) **Inform parent** of meeting – date _____ time _____
(As the date of the meeting approaches, it is very helpful to remind families about the meeting)
- ___ 3) **Send home** Parent Information letter and Parent Questionnaire
- ___ 4) **Review** Cum and Health Card
- ___ 5) **Talk to** last year's teacher. Invite if you feel it would be helpful.
- ___ 6) **Complete Referral Form** and **remember** to complete the strengths and concerns section-- DO NOT complete "action plan" or "person responsible" sections (this will be done in the meeting!). **Turn in a copy of completed form to Dana before the SST meeting.**
- ___ 7) **Notify any other teachers** that should be at the meeting (**For example:** if the student is struggling in reading, be sure the reading teacher can attend the meeting!).
- ___ 8) If appropriate notify speech and language teacher
- ___ 9) **Bring the following to the meeting:** cum, work samples, portfolio, intervention checklist, and any other relevant information

Peabody Charter School SST Report

Date of Meeting: _____ Student: _____ DOB: _____ SST1 SST2
 Grade: _____ Teacher: _____ Previous SST referral: _____ Parent Present: YES NO

Attendance (#) ____ Regular ____ Tardies ____ Irregular	Health Vision _____ Hearing _____ Date _____ Tested _____	Social Skills Leader _____ Accepted by peers _____ Isolated _____	Social Behavior In class _____ Out of class _____	Independent Skills Works well _____ Incomplete work _____ Needs frequent help _____
-------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

Current scores: **CELDT** _____ (DIBELS) Reading fluency: _____ WPM Language Development
STAR/CST: ELA _____ Reading Selection Tests: _____ Primary language

MATH _____ Math Chapter test: _____ EO ____ LEP ____ FEP

ADEPT _____
Date(s) of Grade level meetings to discuss: _____

Current Progress (Include strengths)	Areas of Concern	Interventions currently in place	Action Plan	Person responsible

In Attendance: _____

 Follow Up Date: _____



CLASSROOM INTERVENTION CHECKLIST

Modification of Materials, Assignments, and Instruction

- Individualization of Instruction
- Informal Testing
- Different Learning Approaches (multi-sensory)
- Reduce difficulty of task
- Monitor amount of verbal instruction
- Allow more time for task completion
- Adjust amount of required work
- Break task into smaller steps
- Adjust grouping
- Prompting (e.g. proximity, eye contact, touching)
- Use of technology (computer, calculator)
- Use of Organizational Strategies (notebook, checklist)
- Teach study skills
- Peer Tutor
- Parent Tutor
- Instructional Assistant One-on-One Work
- Homework Center
- Teacher Tutoring (non-class time)
- Study Carrels
- Vary voice volume as needed
- Use eye contact
- Use hands on shoulder contact
- Teacher circulating around room
- List assignments and/or instructions on board
- Use visual aids in giving instructions
- Modify Student Work Setting – Seating

Behavior Management

- Establish clear routine
- Clarify Rules
- Daily/Weekly Progress Reports
- Positive Reinforcement of Appropriate Response
- Behavior Plan
- Removal from class, specialist, or specialty

Additional Personnel/Conferencing

- Teacher/Student Conference
- Learning Center Consultation
- Consider physical health problem or needs with specialist/Josie

PEABODY CHARTER SCHOOL

CONFIDENTIAL

HEALTH, DEVELOPMENTAL, AND SOCIAL HISTORY

As you know, your child's progress is being discussed by the Student Study Team here, of which you are a member. For this meeting we need to obtain information concerning his or her family situation, health, development, language, schooling, and behavior at home. Please assist us by providing the following information and returning this form to the school at your earliest convenience. Thank you for your cooperation and important input.

CHILD'S NAME _____ DATE FORM COMPLETED _____

AGE _____ BIRTHDATE _____ MALE/FEMALE _____ ETHNICITY _____

FAMILY SITUATION

Parents/Guardians:

Name _____ Name _____
Occupation _____ Occupation _____
Living with student? Yes / No Living with student? Yes / No
Involved in child's upbringing? Yes / No Involved in child's upbringing? Yes / No
Educational/learning difficulties? Yes / No Educational/learning difficulties? Yes / No
Last grade completed: _____ Last grade completed: _____
Health status: _____ Good _____ Poor Health status: _____ Good _____ Poor
Comments: _____ Comments: _____

Are biological parents divorced or separated? Yes / No
If yes, please indicate when divorce/separation occurred and child's reaction _____

When needing to set limits or give consequences to your child, what works best for you? _____

Do parents/guardians agree or disagree about parenting, discipline, school problems, expectation, etc.?

Please explain _____

Siblings: (Please include foster, half, or step siblings)

Name _____ Age _____ Grade _____ Living at home? Yes / No
Name _____ Age _____ Grade _____ Living at home? Yes / No
Name _____ Age _____ Grade _____ Living at home? Yes / No
Name _____ Age _____ Grade _____ Living at home? Yes / No
Name _____ Age _____ Grade _____ Living at home? Yes / No

Others living with student: _____

Has your child experienced either of the following?

Death of a loved one: Yes / No When? _____ Who? _____
Child's reaction _____
Severe illness or disability in the family: Yes / No When? _____ Who? _____
Child's reaction _____

Describe any major family problems, stresses, or changes that may involve or relate to the child: _____

Indicate any diseases which "run in the family" _____

List any community agencies working with your family (Regional Center, Human Services, Mental Health, New Vistas, County Probation, etc.) _____

CHILD'S HEALTH & DEVELOPMENT

Were there any problems or anything unusual about the following? (If answer is "yes", please explain)

Mother's pregnancy with child: Yes / No

Child's birth: Yes / No

Child's early development and health as an infant: Yes / No

During the pregnancy, did the mother use any of the following? (Give amount and frequency)

Alcohol	Yes / No	Prescription Medications	Yes / No
Marijuana	Yes / No	Tobacco	Yes / No
Other Drugs (Cocaine, heroin, etc.)	Yes / No	Caffeine (Coffee, colas, etc.)	Yes / No

Was your child born: _____ Early _____ On time _____ Late Child's weight at birth _____

Please fill in the age at which your child could: _____ Sit alone _____ Crawl
_____ Walk _____ Speak (words)
_____ Dress self _____ Speak (sentences)
_____ Ride two-wheeled bike

Did you have any concerns about your child's early speech development or motor skills (coloring, writing, bike riding, sports skills, etc.)? (Please describe) _____

Has the child experienced any of the following? (If answer is "yes", please explain)

Serious illnesses or injuries Yes / No

Many or especially prolonged ear infections Yes / No

Problems with hearing or vision Yes / No

Recent or current health problems (including allergies) Yes / No

Taking medications regularly Yes / No

Nutritional concerns or problems sleeping Yes / No

LANGUAGE

What language(s) are spoken at home? _____

What language do you think is your child's strongest? _____

Has your child ever received bilingual instruction in school? Yes / No

If yes, please describe: _____

SCHOOL HISTORY

Schools student has attended: _____ Grades: _____

(Please include preschool) _____ Grades: _____

_____ Grades: _____

_____ Grades: _____

_____ Grades: _____

_____ Grades: _____

_____ Grades: _____

_____ Grades: _____

Does your child have a regular place and time to do homework? Yes / No

Who helps with the child's homework? _____

Does the child: Have problems with other students? Yes / No

Have problems making friends at school? Yes / No

Have problems getting along with teachers? Yes / No

Tend to get sick in the morning before school? Yes / No

What subjects is the child having difficulty with? _____

Has your child ever been provided with special classes or services? Yes / No

If yes, please describe: _____

What extracurricular activities is your child involved in? _____

Has your child ever missed a lot of school due to illness, injury, or truancy? Yes / No

If yes, please describe: _____

CURRENT FUNCTIONING

Does your child have any unusual behaviors or habit? Yes / No

If yes, please describe: _____

Are there any problems at home with your child's behavior? Yes / No

If yes, please describe: _____

Most of the time your child is: ___happy ___worried ___sad ___angry ___other

If other, please describe: _____

PEABODY CHARTER SCHOOL

CONFIDENCIAL

HISTORIAL DE SALUD, DESARROLLO Y SOCIAL

Como saben, su hijo/a está siendo evaluado/a por el personal escolar. Para que la evaluación esta completa, tenemos que obtener información referente a su situación familiar, salud, desarrollo, idioma, educación y conducta en casa. Por favor, ayúdenos proporcionando la información siguiente y entregando este formulario en la escuela lo antes posible. Gracias por su cooperación y por sus opiniones tan importantes.

NOMBRE DEL NIÑO/A _____ FECHA AL COMPLETAR EL FORMULARIO _____

EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ VARON/HEMBRA _____ ETNIA _____

SITUACIÓN FAMILIAR

Padres[Tutores:

Nombre _____

Nombre: _____

Ocupación: _____

Ocupación: _____

¿Viven con el/la alumno/a? _____ Sí / No

¿Viven con el/la aiumno/a? _____ Sí / No

¿Participan en la educación? _____ Sí / No

¿Participan en la educación? _____ Sí / No

¿Dificultades educativas/de aprendizaje? _____ Sí / No

¿Dificultades educativas/de aprendlzaje? _____ Sí / No

Ultimo grado completado: _____

Ultimo grado completado: _____

Estado de salud: _____ Buena _____ Mala

Estado de salud: : _____ Buena _____ Mala

Comentarios: _____

Comentarios: _____

Los padres bioiógicos están divorciados o separados? _____ Sí / No

Si responden Sí, por favor indicar cuándo ocurrió el divorcio/la separación y la reacción del niño/a: _____

Cuando hay qua marcar limites o dar consecuencias a su hijo/a, ¿qué es lo qua funciona mejor? _____

¿Los padres/tutores están de acuerdo o en desacuerdo sobre educación, disciplina, problemas escolares, expectativas, etc.? Por favor, explicar _____

Hermanos/as: *(Por favor, incluir hermanos/as de acogida (foster), hermanastros/as o adoptivos)*

Nombre _____

Edad _____

Grado _____

¿Vive en casa? _____ Sí / No

Nombre _____

Edad _____

Grado _____

¿Vive en casa? _____ Sí / No

Nombre _____

Edad _____

Grado _____

¿Vive en casa? _____ Sí / No

Nombre _____

Edad _____

Grado _____

¿Vive en casa? _____ Sí / No

Nombre _____

Edad _____

Grado _____

¿Vive en casa? _____ Sí / No

Otros que viven con el/la alumno/a: _____

¿Su hijo/a ha experimentado algo de lo siguiente? _____

Muerte de algún ser querido: _____ Sí / No ¿Cuándo? _____ ¿Quién? _____

Reacción del niño/a: _____

¿Enfermedad seria? _____ Sí / No ¿Cuándo? _____ ¿Quién? _____

Incapacidad en la familia? Reacción del niño/a: _____

Describir cualquier problema,- tensión o cambio familiar serio que afecte o se relacione con el/la niño/a: _____

Indicar cualquier enfermedad que se repita en la familia _____

Indicar las agencias comunitarias que estann trabajando con su familia (Centro Regional, Servicios Humanos, Salud Mental, Nuevas Vistas, Libertad a Prueba del Condado, etc.) _____

SALUD Y DESARROLL DEL NIÑO/A

¿Hubo muchos problemas o algo fuera de lo normal sobre lo siguiente? (Si responde Sí, por favor, explicar)

Embarazo de la madre: Sí / No

Nacimiento del niño/a: Sí / No

Desarrollo y salud en la primera infancia: Sí / No

Durante el embarazo, ¿la madre usó algo de lo siguiente? (Indicar cantidad y frecuencia)

Alcohol	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	Medicinas Recetades	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No
Marijuana	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	Tabaco	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No
Otras drogas (cocaina, heroína, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	Cafeina (café, colas, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No

¿Su hijo/a nació?: Pronto A tiempo Tarde Peso al nacer: _____

Por favor, indicar la edad a la que empezó a hacer lo siguiente:

<input type="checkbox"/> Sentarse solo	<input type="checkbox"/> Gatear
<input type="checkbox"/> Caminar	<input type="checkbox"/> Hablar (palabras)
<input type="checkbox"/> Vestirse solo	<input type="checkbox"/> Hablar (frases)
<input type="checkbox"/> Montar en bicicleta con dos ruedas	

¿Hubo algo que le preocupara sobre los inicios del desarrollo del habla o de las habilidades motrices (pintar con colores, escribir, montar en bicicleta, habilidades deportivas, etc.?)

(Por favor, describir) _____

¿Ha experiementado el niño/a alguna de las condiciones siguientes? (Si responde Sí, por favor, explicar)

Enfermedades o lesiones serias Sí / No

Muchas infecciones de oldo especiaimente largas Sí / No

Problemas del ofdo o de la vista Sí / No

Problemas de salud recientes o repetidos (incluyendo alergias) Sí / No

Toma medicinas regularmente Sí / No

Problemas de nutrición o para dormir Sí / No

LENGUAJE

¿Qué idioma(s) se habla(n) en casa? _____

¿Qué idioma cree que es el más fuerte en su hijo/a? _____

¿Su hijo/a ha recibido alguna vez enseñanza bilingüe en la escuela? Sí / No

Si contesta Sí, por favor, describir: _____

HISTORIA ESCOLAR

Escuelas a las que ha asistido:	_____	Grados: _____
(por favor, incluir la preescolar)	_____	Grados: _____
	_____	Grados: _____
	_____	Grados: _____
	_____	Grados: _____
	_____	Grados: _____
	_____	Grados: _____
	_____	Grados: _____

¿Tiene su hijo/a un lugar y una hora regulares para hacer la tarea? Sí / No

¿Quien le ayuda a hacer la tarea? _____

¿Tiene el/la niño/a algo de lo siguiente?

¿Problemas con otros alumnos?	Sí / No
¿Problemas para hacer amigos en la escuela?	Sí / No
¿Problemas para fievarse bien con los maestros?	Sí / No
¿Tendencia a ponerse enfermo antes de ir a la escuela?	Sí / No

¿Con qué materias está su niño/a teniendo dificultades? _____

¿Alguna vez su niño/a ha recibido clases o servicios especiales? Sí / No

Si contesta Sí, por favor, describir: _____

¿En qué actividades extraescolares participa su hijo/a? _____

¿Su hijo/a ha faltado mucho a la escuela debido a enfermedad, lesiones o ausencias injustificadas? Sí / No

Si contesta Sí, por favor, describir: _____

FUNCIONAMIENTO ACTUAL

¿Su hijo/a tiene costumbres o hábitos poco corrientes? Sí / No

Si contesta Sí, por favor, describir: _____

¿Hay algo de problema con la conducta de su hijo/a en casa? Sí / No

Si contesta Sí, por favor, describir: _____

La mayor parte del tiempo su niño/a está:

___ feliz ___ preocupado/a ___ triste ___ enojado/a ___ otro

Si contesta "otro", por favor, describir: _____

¿ Actualmente hay algo que le preocupa en la salud de su hijo/a? _____

Por favor, indique los puntas fuertes, talentos y atributos positivos de su hijo/a: _____

Gracias por tomarse el tiempo necesario para responder estas preguntas. Si hay algo más que desee compartir con nosotros que no se haya preguntado en este cuestionario pero que considera importante en el rendimiento académico de su hijo/a, por favor, incluya sus comentarios en el espacio de abajo: _____



Peabody Charter School

PARENT INVITATION
TO ATTEND STUDENT STUDY TEAM MEETING

Date: _____

Dear Parents,

Your child, _____, has been recommended for a Student Study Team meeting (SST) by his/her teacher, _____. In order to assist the teacher in meeting your child's needs, I would like to invite you to participate in a Student Study Team meeting on _____, in Room 9 (Mrs. Stirling's classroom).

The Student Study Team is a valuable resource to our school. The team is made up of experienced staff such as teachers, school psychologist and Special Education teachers. Your child's strengths and needs will be shared with the team and suggested interventions and modifications of the educational program will be discussed. The goal of the SST meeting is to develop an action plan to assist your child in being successful at school. The team welcomes your participation and assistance in developing an effective plan.

Included with this notice is a guideline to help you prepare for the meeting. Please fill it out with any information that might help us help your child. This is particularly important if you are unable to attend the meeting.

Please let us know if you will be able to attend the meeting or not. If you have any questions, contact your child's teacher. The phone number is 563-1172.

Sincerely,

Dana Sadan, Assistant Principal

(Please send this portion back to Peabody.)

___ Yes, I will be able to attend the SST meeting on _____.
(date)

___ No, I will not be able to attend the meeting.

Child _____ Parent Signature _____



Peabody Charter School

INVITACION A LOS PADRES
PARA ASISTIR A LA REUNION DEL COMITE DE ESTUDIO DE ALUMNOS

Fecha _____

Estimados padres de _____:

El/la maestr/oa, _____, ha recomendado que el Equipo de estudio de alumnos(SST) tenga una junta acerca de su hijo/a, _____. Para ayudar a la/el maestra/o a atender a las necesidades de su niño/a, yo quisiera invitarles a asistir a la reunión del comité de estudio de alumnos el _____ en salón 9 (Salón de Sra. Stirling).

El SST es un recurso valioso de nuestra escuela. Está compuesto de personal experto; tal como maestros, la consejera, y maestros de educación especial. El comité hablará de las habilidades y las necesidades de su niño/a. Habrá una discusión sobre los métodos sugeridos de intervención y modificación de su programa educativo. La meta de la reunión de SST es desarrollar un plan de acción para ayudar a su niño/a a tener éxito en la escuela. El comité les agradece su participación y su asistencia en el desarrollo del mejor programa educativo para su niño/a.

Incluido en esta carta, hay una guía para ayudarles a preparar para la reunión. Por favor escriban todo lo que piensan que pueda ser informativo. Les rogamos escriban cualquier cosa, especialmente si no podrán asistir a la junta.

Favor de avisarnos si pueden asistir a la junta o no. Si tienen preguntas, pueden llamar a la/el maestro de su hijo/a. El número de teléfono es 563-1172.

Atentamente,

Dana Sadan, subdirectora

(Favor de devolver esta notita a la escuela Peabody.)

___ Si, podemos asistir a la junta de SST el _____.

___ No, no podemos asistir a la junta.

Nombre de hijo/a

Firma de padres

PEABODY CHARTER SCHOOL

Follow Up SST

Student: _____ Date: _____

Grade _____ Teacher _____

Present at meeting:

Summary	Additional Strategies	Person Responsible

Follow up date: _____