

**ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE PRINCE WILLIAM
PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA ESTUDIANTES CON APTITUDES EXCEPCIONALES**

**AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR SERVICIOS
TERCER, CUARTO Y QUINTO GRADO**

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____
 Escuela primaria _____ Año de graduación del estudiante _____
 Colocación: Aptitud Académica Específica: _____ Vigencia _____

Servicios educativos: Servicios diferenciados de aula y servicios de apoyo para estudiantes con aptitudes excepcionales

El estudiante ha sido identificado para recibir servicios a través del Programa de Educación para Estudiantes con Aptitudes Excepcionales del Condado de Prince William. Recibirá enseñanza diferenciada en el aula con el apoyo de dicho programa como así también servicios de apoyo directo brindados por un maestro de educación para estudiantes con aptitudes excepcionales. El progreso de los estudiantes que reciben servicios de apoyo se evalúa semestralmente. Los informes de progreso se envían a los padres o tutores cada semestre. Si las necesidades del estudiante indicaran que se debería reevaluar para determinar la ubicación más adecuada y las opciones más efectivas disponibles en las Escuelas del Condado de Prince William para satisfacer las necesidades de aprendizaje evaluadas, se notificará a los padres antes de comenzar el proceso de reevaluación. Los padres o tutores también pueden solicitar dicha reevaluación.

Maestro/a especialista para Estudiantes con Aptitudes Excepcionales _____

Fecha _____

AUTORIZO a _____
 para recibir servicios a través del Programa de Educación para Estudiantes con Aptitudes Excepcionales del Condado de Prince William. Comprendo que no se realizarán cambios en su ubicación o programa de servicios sin mi previo conocimiento

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Dirección _____

(Ciudad)

(Estado)

(Código postal)

Teléfono de la casa _____ Correo electrónico familiar _____

Teléfono celular de la madre _____ Teléfono celular del padre _____

Teléfono del trabajo de la madre _____ Teléfono del trabajo del padre _____

Correo electrónico de la madre _____ Correo electrónico del padre _____

*Sírvase indicar con un signo * el/los número/s de teléfono y dirección/es de correo electrónico que prefiere que utilicemos para contactarlo/a.*

NO AUTORIZO a _____
 para recibir servicios a través del Programa de Educación para Estudiantes con Aptitudes Excepcionales del Condado de Prince William. Comprendo que tengo derecho a negarme a autorizar dichos servicios.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Dirección _____

(Calle)

(Ciudad)

(Estado)

(Código postal)