****

**SISTEMA ESCOLAR DEL CONDADO DE TROUP Servicios Estudiantiles**

Acuerdo de Interpretación

Yo, estoy de acuerdo en permitir que ­­­

*Padre* *Interpréte*

de servicio como mi intérprete en para esta reunión el día .

Idioma *Fecha*

La reunión tendrá lugar en .

*Lugar de la reunión*

Entiendo que la información que se tratará en la reunión es confidencial y es relacionado

con la educación de , mi hijo/o niño bajo mi cuidado.

Padre/Tutor Fecha:

Administrador escolar Fecha:

Intérprete Fecha:

Maestro Fecha:

Maestro de ESOL Fecha:

Otro Fecha:

***\*Todos los presentes en la reunion deben firmar arriba***

***Comentarios:***

100 North Davis Road, Edificio C \* LaGrange, Georgia 30241

Telefono: 706.812.7900 \* Fax 706.883.1530