



# Brownsville Independent School District

---

\_\_\_\_\_  
(DATE SENT)

Dear Parents or Guardian,

Your child is eligible to participate in the Brownsville Independent School District's State Compensatory Education (SCE) Tutorial/Extended-Day Program. The purpose of this program is to provide At-Risk students with opportunities to receive high-quality supplemental accelerated instruction to improve academic achievement on state assessments and in the foundation curriculum.

We recommend that your child take advantage of this opportunity to receive additional help and preparation in the areas of \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_.

(SUBJECT)

(SUBJECT)

Classes will be held on \_\_\_\_\_ from \_\_\_\_\_ (am/pm) to \_\_\_\_\_ (am/pm)

(DAY OR DAYS OF THE WEEK)

beginning on \_\_\_\_\_ and ending on \_\_\_\_\_.

(DATE)

(DATE)

Please complete and return the bottom portion of this form to your child's teacher.

.....

## SCE EXTENDED DAY/WEEK TUTORIAL PROGRAM

**Campus:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**Student Name:** \_\_\_\_\_

**Grade/Course:** \_\_\_\_\_

**Teacher:** \_\_\_\_\_

**Room No:** \_\_\_\_\_

**PLEASE CHECK ONE:**

\_\_\_\_\_ **Yes, my child will attend the tutorial/extended-day classes.**

\_\_\_\_\_ **No, my child will be unable to attend the tutorial/extended-day classes and I take full responsibility for his/her academic progress.**

\_\_\_\_\_  
**Parent or Guardian's Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**



# Brownsville Independent School District

\_\_\_\_\_  
(FECHA DE ENVÍO)

Estimados Padres de Familia o Tutor,

Su hijo(a) es elegible para participar en el programa de día-extendido/tutoría del programa de Educación Compensatoria de Estado (SCE) del Distrito Escolar Independiente de Brownsville. El objetivo de este programa es proporcionar a los estudiantes en situación de riesgo, las oportunidades para recibir instrucción acelerada suplementaria de calidad, con el propósito de mejorar su aprovechamiento académico en las evaluaciones del Estado y en el plan de estudios básico.

Recomendamos que su hijo(a) aproveche de esta oportunidad para recibir ayuda y preparación adicional en el área(s) de \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_.  
(TEMA) (TEMA)

Las clases se llevarán acabo los \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (a.m. /p.m.) a \_\_\_\_\_  
(DIA O DÍAS DE LA SEMANA)

\_\_\_\_\_ (a.m. /p.m.) empezando el \_\_\_\_\_ y se terminarán el \_\_\_\_\_.  
(FECHA) (FECHA)

Favor de completar y devolver la siguiente parte de esta forma al maestro(a) de su hijo(a).

.....

**SCE: PROGRAMA DE PREPARACIÓN ACADÉMICA**  
(Extensión de Día/Semana)

Escuela: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de Alumno: \_\_\_\_\_

Grado/Curso: \_\_\_\_\_

Maestro(a): \_\_\_\_\_

Numero de Cuarto: \_\_\_\_\_

**FAVOR DE MARCAR UNO:**

\_\_\_\_\_ **Sí, mi hijo(a) asistirá las clases de Programa de Preparación académica.**

\_\_\_\_\_ **No, mi hijo(a) no asistirá las clases de Programa de Preparación académica y será responsable de su progreso académico.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre de Familia o Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**