



Brownsville Independent School District

(DATE SENT)

Dear Parents or Guardian,

Your child is eligible to participate in the Brownsville Independent School District's Tutorial/Extended-Day Program. The purpose of this program is to provide 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 this form to your child's teacher.

.....

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 Distrito Escolar Independiente de Brownsville. El objetivo de este programa es proporcionar a los estudiantes 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).

.....

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