



Gilroy Unified School District
Gifted and Talented Education

OFFICE USE ONLY
Date Received:

Parent Request for GATE Screening

Student's Name (Last, First) / / _____ _____
Birth Date Grade Student ID #

School _____
Teacher/ Counselor

Address _____
Contact Phone Number

Parent/Guardian Name _____
Parent/Guardian Name

Describe your child's attitude towards school and the reason you would like an evaluation:

PERMISSION FOR CERTIFICATION REVIEW:

I give permission for the screening committee to collect and process information for my child to determine eligibility for the Gifted and Talented Education Program. I understand the screenings are held in February/March and a second evaluation may be administered before determining final eligibility.

Parent/Guardian Signature _____
Date

**Please submit this form to the Specialized Programs Department.
E-Mail: marisa.covarrubias@gilroyunified.org**



Gilroy Unified School District
Gifted and Talented Education

OFFICE USE ONLY
Date Received:

Petición de Evaluación

Nombre del estudiante (Apellido, Nombre) ____/____/____ ____ ____
Fecha de nacimiento Grado # de estudiante

Escuela

Maestro(a)/Consejero(a)

Domicilio

Teléfono

Nombre de padre o tutor

Nombre de padre o tutor

Describe la actitud de su hijo/a hacia la escuela y la razón por la que pide la evaluación:

CONSENTIMIENTO PARA RE-EVALUAR CERTIFICACIÓN:

El comité de evaluación tiene mi consentimiento para obtener y evaluar información sobre mi hijo/a para determinar su elegibilidad para el Programa de Educación para Estudiantes Dotados y Talentosos. Entiendo que las evaluaciones son en febrero/marzo y dependiendo de los resultados, puede que se administre una segunda evaluación para determinar la elegibilidad.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

**Por favor envíe este formulario al Departamento de Programas Especializados.
Correo electrónico: marisa.covarrubias@gilroyunified.org**