



SAN ELIZARIO INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

A Proud Community of Champions – Soaring to Excellence



Educación para Dotados y Talentosos Permiso para Evaluar

Para los padres / tutores de: _____

Su hijo(a) ha sido identificado(a) como un(a) posible candidato(a) para el Programa Dotados y Talentosos (GT) porque demuestra ciertas fortalezas. Se requerirá que su hijo(a) sea evaluado(a) para el programa utilizando medidas cualitativas y cuantitativas. Para ser elegibles de participar en el Programa Dotados y Talentosos (GT), un comité de tres educadores del plantel evaluará los resultados de las pruebas de su hijo(a) y la documentación adicional para determinar si él o ella demuestra potencial que sobresale más allá de sus compañeros de su nivel de edad en uno o más de las cuatro áreas académicas (artes del lenguaje, matemáticas, ciencias, estudios sociales). El comité del Programa Dotados y Talentosos (GT) del plantel se reunirá y hará las recomendaciones finales y usted será notificado(a) de los resultados. Por favor, indique a continuación si tenemos su consentimiento para administrar las pruebas necesarias requeridas por el proceso de identificación de estudiantes Dotados y Talentosos (GT).

Yo doy mi consentimiento para que mi hijo(a) sea evaluado(a) para el programa Dotados y Talentosos (GT) _____

(Iniciales)

Yo no doy mi consentimiento para que mi hijo(a) sea evaluado(a) para el Programa Dotados y Talentosos (GT) _____

(Iniciales)

Padre/Tutor (nombre impreso)

Padre/Tutor (Firma)

Nombre del Estudiante

Escuela

Fecha

DEPARTMENT OF CURRICULUM AND INSTRUCTION