



NORWALK - LA MIRADA
UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Every Student. Future Ready. Our Promise!

BOARD OF TRUSTEES

Narcis Brasov, Esq., President
Dr. Robert Cincio, Vice President
Norma Amezcua, Member
Espie Free, MPA, Member
Becky Langenwalter, MS, LMFT, Member
Jose M. Rios, Member
Dr. Lorena Vidaurre, Member

SUPERINTENDENT

Dr. Natasha Baker

NLMUSD Programa de Escuela de Sabado

Padre/Tutor de:

Hutchinson está implementando el programa de escuela sabatina de NLMUSD. El programa brinda oportunidades de aprendizaje para nuestros estudiantes y al mismo tiempo les permite recuperar un día de asistencia perdido. Los días de escuela perdidos también resultan en una pérdida de ingresos para nuestro distrito escolar. A través del Programa de Escuela Sabatina, el estudiante recuperará valiosas experiencias de aprendizaje así como un financiamiento escolar muy importante.

El historial de asistencia de su hijo indica que tiene una(s) ausencia(s) y por lo tanto se beneficiaría de asistir al programa de escuela de sábados. Tu estudiante está invitado a asistir a la próxima sesión del sábado de **8:00 a.m. a 12:15 p.m.** Durante la sesión, todos los estudiantes tendrán un descanso nutricional, donde se les ofrecerá una comida. Si lo desea, puede preparar un almuerzo para su estudiante.

Tenga en cuenta que se harán cumplir todas las reglas escolares habituales, incluyendo el código de vestimenta. No se proporcionará transporte. Por favor haga arreglos para recoger a su hijo a las 12:15 p.m.

Esperamos ver a su hijo en la próxima fecha de escuela de Sábado y le agradecemos de antemano su apoyo y cooperación para hacer el éxito académico de su hijo una prioridad.

POR FAVOR REGRESE ESTA FORMA ANTES DEL MIÉRCOLES PARA CONFIRMAR SU ATENDENCIA

NLMUSD Programa de Escuela de Sabado

Nombre de Estudiante: _____ Maestro/a: _____

Numero de Estudiante: _____ Grado: _____

Mi firma a continuación indica que le doy permiso a mi hijo para asistir al programa de escuela sabatina de NLMUSD el _____ en Hutchinson.

Porfavor ordene lonche para mi hijo/a: SI NO

Mi hijo/a tiene permiso para caminar a casa: SI NO

Mi hijo tiene problemas de salud o alergias alimentarias que están archivados en la escuela:

____ SI ____ NO En caso afirmativo, proporcione una breve descripción: _____

Firma de Padre: _____ Número de Teléfono: _____