

ACUERDO MAESTRO PARA HOSPITALES DOMICILIARIOS

Nombre de Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha: _____
Domicilio: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____
Escuela: _____ Fecha de entrada: _____ Fecha de Salida: _____

Objetivo: Completaré los estudios enumerados a continuación durante el período del Hogar/hospital, tal como se describen en el plan de estudios del Distrito Escolar Primario de Lawndale. Entregaré mis asignaciones y el formulario de registro de tiempo trabajado. El Distrito Escolar Primario de Lawndale me proporcionará un maestro, libros de texto y materiales.

Acepto reunirme y hablar con mi maestro hasta 5 horas por semana:

Días: _____ Tiempo(s): _____ Lugar: _____

Sujeto

Sujeto

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Acuerdo: Por la presente aceptamos todas las condiciones establecidas en este documento.

Nombre de Estudiante: _____ Fecha: _____

Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Maestro: _____ Fecha: _____

Certificación (para ser completada por el maestro del Hogar/Hospital al salir)

Sujeto

Grado

Iniciales del maestro

Fecha

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Firma del maestro del hogar/hospital: _____

Firma del padre /tutor legal: _____ Fecha: _____