

Raymondville ISD

It All Starts Here!

Gifted/Talented Referral Form

I,_____, as parent/guardian/teacher/community member would like to refer _____for the Gifted and Talented screening assessment process. I believe this child has an extraordinarily high level of intellectual or academic ability and that his/her educational needs can best be met by Gifted/Talented Services. I understand the school district will make every effort to determine the best possible educational services based on the student's educational needs. This child is currently in grade _____.

Signature of person making referral :

_____

*Date:*_____

PLEASE RETURN TO CAMPUS SECRETARY BY:

Date:_____

Raymondville ISD
It All Starts Here!

Forma para referencia al programa de dotado y talentoso

Yo,_____, como padre/guardian/maestro/miembro de la comunidad me gustaria referir a _____ para el proceso de seleccionar y evaluar para el programa de estudiantes dotados y talentoso. Yo creo que este niño tiene un nivel extraordinario de habilidad intellectual y académico y sus necesidades educacionales se pueden alcanzar mejor con los servicios de dotado y talentoso. Yo entiendo que el distrito escolar hará cada esfuerzo para determinar los mejores servicios educacionales basado en las necesidades educacionales del alumno. Este niño esta en el grado _____.

_____
Firma de la persona haciendo la referencia

*Fecha:*_____

Favor de regresar a la secretaria de la escuela para la fecha indicada:

_____

Raymondville ISD
It All Starts Here!

Parent Permission for Gifted/Talented Screening/Assessment Form

Dear Parent,

Your child, _____, has been referred for testing to see if he/she would benefit from Gifted and Talented Services for Raymondville ISD. To receive proper services, your child will need to be assessed. The Gifted/Talented Committee will look at numerous pieces of information before eligibility for services can be established. After the student is tested and the Gifted/Talented Selection Committee has evaluated all information by a blind process, the Committee will determine what is best for your child based on your child's assessment data. You will receive written notification of the decision made by the committee.

Please return this form to your child's teacher as soon as possible if you would like the school to assess your child. Thank you for your cooperation.

Sincerely,

Child's Name: _____

____Yes, I give my permission for you to assess my child for Gifted/Talented Services.

____No, I do not wish to have my child tested at this time.

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

Raymondville ISD
It All Starts Here!

Parent Permission for Gifted/Talented Screening/Assessment Form

Estimados Padres:

Su niño(a), _____, ha sido referido para evaluar y determinar si él/ella beneficaria de los servicios de dotado y talentoso de Raymondville I.S. D. (distrito escolar independiente de Raymondville). El comite de dotado y talentoso tendra que ver numerosas piezas de información antes de que la elegibilidad para servicios sean establecidos. Después de que el alumno tome los examenes, y el comité haiga evaluado toda la información por un proceso ciego, el comité determinará que es la mejor colocacion para su niño basado en los resultados de todas las evaluaciones.
Usted recibirá notificias por escrito de la decisión del comité.

Por favor regrese esta forma al maestro de su niño tan pronto posible si le gustaría que su niño (a) sea evaluado por la escuela. Gracias por su cooperación.

Sinceramente,

Nombre de niño: _____

___Sí, doy permiso para evaluar a mi niño para servicios de dotado y talentoso.

___No, no deseo que mi niño sea evaluado a este tiempo.

Firma del padre/guardian: _____

Fecha: _____