Print Form

Autorización Verbal

Servicios de Educación Complementaria (SES)
Acuerdo Verbal con los Padres de Familia
Autorización para Aceptación de las Metas del Estudiante

Distrito: _____Escuela: _____

Fecha en que fueron revisadas las Metas/Plan del Estudiante con su Padre(Madre)/Tutor: _____

El presente documento certifica que las Metas SES fueron desarrolladas para

_____en consulta con el padre(madre)/tutor del estudiante
Nombre del estudiante

_____por teléfono el _____a las
Nombre del Padre(Madre)/Tutor Fecha

_____ por _____.
Hora – A.M. ó P.M. *Distrito/Escuela o Representante del Proveedor*

Las Metas del Estudiante están basadas en una recopilación de las puntuaciones más recientes de los exámenes de la escuela y/o en un diagnóstico de pre-evaluación para ser administradas por el Programa de Enseñanza Complementaria de
_____.
(insertar el nombre de la compañía de enseñanza complementaria)

El Padre(Madre)/Tutor del estudiante entiende que él(ella) recibirá una copia de este Acuerdo Verbal como prueba de haber dado su consentimiento para las metas que se le han explicado.

El Acuerdo para los Servicios de Educación Complementaria que resume las Metas del Estudiante fue enviado al hogar del padre(madre)/tutor del estudiante para su revisión el _____
Fecha

Representante del Distrito/Escuela:

_____
NOMBRE CON LETRA DE IMPRENTA

_____
FIRMA

Representante del Proveedor:

_____
NOMBRE CON LETRA DE IMPRENTA

_____
FIRMA