



El Proyecto Augustine Programa Formulario De Permiso Para Los Padres

Somos un programa que provee tutores gratis para ayudar a los estudiantes con dificultades de lectura, escritura y ortografía. Los tutores trabajan con los estudiantes dos veces por semana en la escuela durante las horas escolares.

Si está interesado en que su hijo (a) sea tutorizado, complete la siguiente información. Devuelva el formulario al maestro del niño o envíelo a Kris Cox, Iglesia Episcopal de San Pablo, 520 Summit Street, Winston-Salem, NC 27101.

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad postal

Teléfono: (móvil/casa) _____ Correo electrónico: _____

Nombre de los padres: _____ Número de niños en la familia: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Escuela ID# _____

Maestro/a _____

¿Su niño ha sido evaluado para problemas de aprendizaje? _____ En caso afirmativo, incluya resultados si los tiene.

En caso negativo, ¿Su niño ha sido referido para ser evaluado por problemas de aprendizaje o de lectura? ___si ___no

Con el fin de servir mejor a su hijo, podemos ver los registros escolares de su hijo, tales como información del directorio, calificaciones de la clase, asistencia y calificaciones de los exámenes? ___si ___no

¿Podemos utilizar la foto de su niño y su tutor en folletos, boletines y artículos sobre el proyecto Augustine? ___si ___no

¿Podemos hablar con el maestro o consejero escolar de su hijo si necesitamos más información escolar? ___si ___no

¿Podemos tener acceso a los resultados de evaluaciones de su hijo si la escuela los tiene en sus registros? ___si ___no

¿Su niño tiene derecho de un almuerzo gratuito o con precio reducido? ___si ___no

¿Hay cualquier situación que debamos conocer (problemas de salud, familiares, etc)? _____

Por favor incluya cualquier información sobre su hijo que pueda sernos útil. Toda información permanecerá

confidencial. _____

Firma de los padres: _____ Fecha: _____



Autorización para Compartir Información con Identificación Personal del Estudiante Localizada en los Registros De Las Escuelas De Winston-Salem/Condado De Forsyth (WS/FCS) Para Investigaciones/Estudios

Yo / Nosotros _____ soy/somos los padre(s) o tutor(es) de los siguientes estudiante _____ de las escuelas de Winston-Salem/Condado de Forsyth (Winston-Salem/Forsyth County Schools).

_____ (Por favor inicialé) Estoy / Estamos de acuerdo y doy/damos el consentimiento para la compartir información personal en los registros (informes, archivos) escolares de mi hijo / hija ("Estudiante"), sujeto a los términos de este acuerdo de consentimiento.

_____ Yo / Nosotros entendemos que los registros (informes, archivos) que serán compartidos pueden incluir, pero no están limitados a, las calificaciones, estadísticas (datos) del crecimiento y logro estudiantil, información de inscripción, el nivel de Inglés, expediente, rendimiento escolar / conducta, y otra información que identifica al Estudiante en los registros (informes, archivos) escolares.

_____ Yo / nosotros estamos de acuerdo y autorizamos que compartan la información que identifica al Estudiante en los registros (informes, archivos) escolares con los siguientes miembros del School and Community Data Sharing Project (SCDSP [Proyecto para Compartir Información Entre la Escuela y la Comunidad]: **El Proyecto Augustine** (Nombre/Título de la Organización en cual el Estudiante participa después o fuera de la escuela); nFocus (compañía de software para el proyecto) y los intermediarios de SCDSP o los administradores de contratos para el SCDSP.

_____ Yo / Nosotros entendemos que el propósito de compartir la información que identifica al Estudiante en los registros (informes, archivos) escolares es estudiar como mejorar el aprendizaje del estudiante y el rendimiento escolar, y para estudiar maneras de mejorar el impacto de los programas después o fuera de la escuela. Dicha información no será publicada de manera que demuestre a la identificación personal del estudiante.

_____ Yo / Nosotros entendemos que esta información será utilizada únicamente para investigación, mejorar el aprendizaje del estudiante y el rendimiento escolar. La información no será compartida con ningún grupo o persona que no están nombradas anteriormente en este formulario de consentimiento, sin obtener mi / nuestro consentimiento por escrito.

Padre (s) / Guardian (s) / Otro (por favor describa la relación con el Estudiante)

Fecha: _____