



# El Proyecto Augustine Programa Formulario De Permiso Para Los Padres

El Proyecto Augustine es un programa de READWS y un alcance de St. Paul's Episcopal Church. Somos un programa que provee tutores gratis para ayudar a los estudiantes con dificultades de lectura, escritura y ortografía. Los tutores de Augustine sirven familias que no pueden pagar para un tutor privado. Nuestros tutores reciben por lo menos 30 horas de entretenimiento del aula en un enfoque estructurado de la alfabetización que usa todos los sencillos; este enfoque se ha utilizado por más de 50 años. 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, completa la siguiente información. Responde a todas las preguntas en el formulario, firma el permiso y devuélvalo al maestro del niño o envíelo a:  Dirección abajo  Maestro

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle, Ciudad, Estado, Postal)

Teléfono: (móvil/casa): \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ # niños en la familia: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Raza/Etnia: \_\_\_ Asian/Pacific Islander \_\_\_ Black/African-American \_\_\_ Hispanic/Latino \_\_\_ Caucasian  
\_\_\_ Other (please specify) \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela ID# \_\_\_\_\_

Maestro/a \_\_\_\_\_ Tutor (si conoce): \_\_\_\_\_

¿Su niño ha sido evaluado para problemas de aprendizaje? SI NO  
(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

¿Su niño tiene derecho de un almuerzo gratuito o con precio reducido? SI NO  
(En caso negativo, por favor explica la razón que una tutoría privada va a ser difícil.)

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

confidencial. \_\_\_\_\_

Firma de los padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ANEXO F:

**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL DEL ESTUDIANTE DENTRO DE REGISTROS/EXPEDIENTE EDUCATIVOS DE WINSTON-SALEM / FORSYTH COUNTY SCHOOLS CON FINES DE SER UTILIZADOS PARA INVESTIGACIÓN**

Yo / Nosotros \_\_\_\_\_ somos los Padres / Tutores Legales del estudiante (Nombre/Segundo nombre/Apellido) \_\_\_\_\_ del Distrito Escolar de Winston-Salem/Forsyth County

**Información del estudiante:**

Número de estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (M/D/AÑO): \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Género (Circule uno): Masculino Femenino

Grado: \_\_\_\_\_ Raza/Grupo Étnico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (escriba sus iniciales) Yo / nosotros de acuerdo y acepto la divulgación de información de identificación personal de los registros educativos actuales y pasados de mi hijo (en adelante, " Estudiante "), sujeto a los términos de este acuerdo de consentimiento".

\_\_\_\_\_ (escriba sus iniciales) Yo/nosotros comprendo/comprendemos que los registros que se divulgarán incluyen, entre otros, informes de calificaciones, datos de rendimiento estudiantil, información de inscripción, estado de aprendizaje del idioma inglés, transcripciones, desempeño / comportamiento en el salón de clase y otra información de identificación personal del registro de educación del estudiante.

\_\_\_\_\_ (escriba sus iniciales) Yo/Nosotros acepto/aceptamos la divulgación de la información de identificación personal de los registros educativos del estudiante a las siguientes entidades - proveedor de servicios especificado: \_\_\_\_\_; y Forsyth Futures.

\_\_\_\_\_ (escriba sus iniciales) Yo/Nosotros comprendo/comprendemos que el propósito de divulgar la información personal identificable de los registros educativos del estudiante es estudiar formas de mejorar el aprendizaje y el rendimiento escolar del estudiante, y estudiar formas de mejorar el impacto de los programas extracurriculares. Dicha información no se publicará de manera que conduzca a la identificación personal del estudiante.

\_\_\_\_\_ (escriba sus iniciales) Yo/Nosotros entiendo/comprendemos que esta información se utiliza únicamente con fines de investigación y para mejorar el aprendizaje y el rendimiento escolar del estudiante, y no será divulgada posteriormente a terceros no mencionados en este formulario de consentimiento sin mi previo consentimiento por escrito.

\_\_\_\_\_ (escriba sus iniciales) Entiendo / Entendemos que el registro de estudiantes en la programación del proveedor de servicios mencionado anteriormente, estará disponible para otras agencias que participan en este proyecto de intercambio de datos.

\_\_\_\_\_ (escriba sus iniciales) Yo / Nosotros entendemos que este permiso es válido mientras mi estudiante permanezca en el programa, a menos que yo revoque este permiso por escrito.

Firma de los padres/ Tutor(es) legal: \_\_\_\_\_

Fecha (D/M/A): \_\_\_\_\_

Representante de la organización \_\_\_\_\_

Fecha (D/M/A): \_\_\_\_\_

**Original Copy – Organization Record; Photocopy – WS/FCS Record; Photocopy – Parent/Guardian**