

**Iniciativa de Apoyo al Estudiante (SSI)
Solicitud del Estudiante para la Escuela de Verano**

Información del Alumno

Apellido _____ Nombre _____ # de ID _____

Escuela correspondiente _____ Escuela de verano _____

Dirección de verano _____ # de Teléfono _____

Nombre del Padre o Tutor _____ Relación _____

(marque todas las que apliquen) Educación General Educación Especial Dislexia Bilingüe 504

Resumen de Calificación en la Escala de STAAR

Lectura	1ª Administración _____	2ª Administración _____

Permiso del Padre

Estoy consciente de que mi hijo/hija es elegible para asistir al Programa de SSI de la Escuela de Verano y debe aprobar el 3er examen de STAAR con el fin de pasar al siguiente año escolar. Por la presente, autorizo a mi hijo/hija para asistir al Programa SSI de la Escuela de Verano del 12 de junio de 2018 al 28 de junio de 2018.

(Firma del Padre o Tutor)

(Por favor marque todas las que apliquen)

- Mi hijo/hija utilizará el transporte proporcionado por el distrito para: recogerlo en la mañana dejarlo por la tarde
- Mi hijo/hija no utilizará el transporte proporcionado por el distrito. Un Padre o Tutor proporcionará el transporte. Por favor proporcione los nombres y los números telefónicos de los padres o tutores:

Nombre _____ Relación _____ Número telefónico _____

Nombre _____ Relación _____ Número telefónico _____

Nombre _____ Relación _____ Número telefónico _____

Información de Contacto de Emergencia

Nombre _____ Relación _____ Número telefónico _____

Nombre _____ Relación _____ Número telefónico _____