**Formulario de Permiso de Pruebas para el programa Altamente Capaz del Distrito Escolar de Mount Vernon**

Por favor, provee la siguiente información:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Estudiante: | Escuela de Asistencia en 2015-16: |
| Nivel Escolar: | Género: |
| Idiomas que se hablan en el Hogar que no sea Inglés: | Etnicidad (opcional): |
| Dirección de Casa: | Número de teléfono (s): |
| Correo Electrónico: | Nombre de Padre / Tutor (s): |

El Distrito Escolar de Mount Vernon tiene permiso para administrar las pruebas a mi hijo o hija para evaluar su colocación en el programa Altamente Capaz para el año escolar 2015-16.

Doy permiso para que los registros acumulativos de mi hijo sean revisados y para que mi hijo participe en las pruebas necesarias para el programa de alta capacidad.

Entiendo que los resultados de las pruebas serán confidenciales y que los resultados de las pruebas serán utilizados únicamente para el proceso de identificación de alta capacidad.

El resultado de la nominación para su colocación en el programa de alta capacidad será enviado a mí cuando se complete el proceso.

Entiendo que si mi hijo no es capaz de tomar la prueba debido a una enfermedad u otras razones, debe comunicarse con la oficina del programa con el fin de reprogramar las pruebas dentro del periodo autorizado.

Entiendo que yo puedo apelar los resultados de la prueba por medio de enviar una carta, que indica por qué los resultados de la prueba no son válidos, a la oficina del programa dentro de dos semanas después de recibir los resultados.

|  |
| --- |
| Firma de Padre/Tutor : |
| Fecha: |