

**Formulario de Apelación de Colocación de Estudiante para el Programa Altamente Capaz del Distrito Escolar de Mount Vernon**

|  |
| --- |
| Nombre de Estudiante: |
| Escuela de Asistencia y Nivel de Grado: |
| Nombre de Padre: |
| Dirección: |
| Numero de Teléfono: Correo Electrónico: |
| Fecha de Hoy: |
| Fecha en que recibió la decisión del comité: (Dentro de dos semanas de la fecha de hoy) |
| Al firmar abajo, usted declara que no está de acuerdo con la decisión del comité con respecto a la decisión de la ubicación de su hijo en el Programa Altamente Capaz. Por favor incluye, con detalle, abajo cualquier información adicional que usted cree que sería de gran ayuda al revisar la decisión del comité. Adjunte páginas adicionales si es necesario.  |
| Firma de Padre/Guardián \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| El comité compuesto por maestros, administradores, psicólogos y otros profesionales designados revisará los resultados de evaluación, materiales de nominación, así como cualquier información adicional proporcionada en esta apelación. El comité podrá solicitar la evaluación o información adicional antes de tomar una decisión. Los padres recibirán una decisión por escrito dentro de treinta días por correo a la dirección indicada en este formulario. La decisión del comité será inapelable.  |