

Para completar esta forma electrónicamente,  
se debe abrir en Adobe Reader!

A los Padres/Guardián de  Fecha

Recientemente su hijo fue evaluado para nuestro Programa de Alta Capacidad del Distrito. Para seleccionarlos el equipo multidisciplinario revisa las evaluaciones académicas, una evaluación cognitiva, y las calificaciones del maestro(a) sobre el aprendizaje, motivación, y creatividad para identificar a los estudiantes que se beneficiarían más de la participación en el Programa de Alta Capacidad.

Su hijo(a) calificó de la siguiente manera:

Logros	Cognitiva	Creatividad	Motivación
K-TEA II	cogAT 7	Escala Renzulli	Escala Renzulli
Lectura _____ %ile	Verbal _____ %ile	_____ %ile	_____ %ile
Matemáticas _____ %ile	No verbal _____ %ile		
	Cuantitativo _____ %ile		
	Compositivo _____ %ile		

Resumen de otras medidas:

En base a los resultados de la evaluación, su hijo(a) es:  Elegible para los servicios  No elegible para los servicios  
 Para:  Matemáticas  Lectura

Por favor, comuníquese conmigo si desea discutir los resultados de la evaluación en persona. Los resultados de la evaluación se pueden apelar presentando un formulario de apelación al Director of Categorical Programs, Arlington Public Schools No. 16, 315 N. French Ave, Arlington, WA 98223. Una reunión con el equipo multidisciplinario será programada para usted. Si su hijo(a) es elegible para el Programa de Alta Capacidad, se requiere el permiso del padre para la colocación en el programa. Por favor complete el formulario adjunto y regréselo a la oficina de la escuela.

Por favor no dude en comunicarse conmigo si usted tiene alguna pregunta en el ínterin.

Sinceramente,

Nombre  Título

No. de Teléfono  Correo Electrónico