



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE FONTANA

Solicitud para Servicios Educativos Suplementarios (SES) 2009-10

Por favor complete la siguiente información. Lea las declaraciones del contrato, firme y anote la fecha en esta solicitud para SES. Regrese esta solicitud a la oficina de la escuela para **el viernes, 29 de Mayo 2009**. Someta por favor una solicitud por estudiante.

POR FAVOR IMPRESIÓN LEGIBLE

Apellido Nombre _____ Primer Nombre _____

Escuela _____ Grado _____ Maestro _____

Dirección _____

Calle

Ciudad

Postal

Teléfono de día _____ Teléfono nocturno _____

Nombre de padre/tutor _____

¿Recibe su hijo/a algún servicio especiales (RSP, SDC, habla, etc.)? _____

Por favor cheque uno:

- Me han informado de mis opciones y **no quiero** participar en SES, tutoría gratis.
- Como padre/madre/tutor de este estudiante, he seleccionado la siguiente agencia/compañía para proporcionar apoyo de tutoría.

PRIMERA OPCIÓN DE LA AGENCIA/COMPAÑÍA: _____

SEGUNDA OPCIÓN DE LA AGENCIA/COMPAÑÍA: _____

Entiendo que:

1. Mi estudiante asistirá regularmente el programa que da clases privadas.
2. Los servicios tutoriales terminarán en el 6/30/10 o cuando mi estudiante ha utilizado el \$1,281.73 asignado para sus servicios sostiene, el que viene primero.
3. Cualquier costo de transportación a y del lugar de la agencia son mi responsabilidad.
4. Debo asistir a una junta con un representante de la agencia/compañía y el representante de la escuela para establecer metas para mi estudiante.
5. Encaso de que mis servicios no son satisfactorio con mi primer agencia/proveedor selecto no son satisfactorio, ejercito mi derecho de cancelar y contratar con mi segundo agencia/proveedor selecto.
6. Autorizo Fontana Unificó el Distrito de la Escuela para compartir la información siguiente con mis proveedores escogidos listós arriba: Mi nombre y mi nombre del niño, la dirección y los números de teléfono; algunos de mi información académica de niño (tal como puntuaciones, los grados, y/o sujeta las evaluaciones del asunto; para estudiantes con incapacidades, IEP o 504 metas del plan).

Firma del Padre/Madre

Fecha

OFFICE USE ONLY		Date Stamp
State ID No. (10-digits) _____	Student Number _____	
LEP Student Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Special Ed. Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Ethnicity _____