

St. Lucie County Public Schools
English for Speakers of Other Languages Program
Rechazo de los Padres al Servicio de ESOL

Estoy consciente que mi hijo/a, _____, ha sido evaluado para determinar su habilidad del idioma inglés y que los resultados de la evaluación indican que mi hijo/a es elegible para ser colocado en el programa de Inglés Para Hablantes de Otros Idiomas (ESOL). He sido informado de los objetivos y los datos concretos del programa ESOL, y yo estoy consciente que este programa está disponible y será proporcionado para mi hijo/a por los servicios del distrito escolar.

Es mi decisión, sin embargo, **rechazar** a este servicio y/o remover a mi hijo/a del programa de ESOL. En lugar de instrucción de ESOL, mi hijo/a desarrollará la habilidad necesaria en inglés por el/los siguiente(s) método(s):

- Participación en Aula Regular
- Tutoría Privada
- Estudio Independiente
- Otro _____

También yo entiendo que mientras mi niño sea elegible para servicios de ESOL, hasta si nosotros rechazamos a los servicios, mi niño tomará la prueba anual estatal-obligatoria de CELLA para Alumnos del Lenguaje Inglés.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Escuela: _____

IPT 1 Oral (K-6) _____ Language Designation _____
IPT 2 Oral (7-12) _____ Language Designation _____
IPT Reading/Writing (3-12) _____