

Date: _____
Student's Name: _____
Student's ID# _____

ROBSTOWN INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
NOTIFICATION OF SPECIAL ENGLISH LANGUAGE PROGRAM ENTRY
SECONDARY

Dear Parent or Guardian:

In accordance with the Robstown Independent School District's educational goals, the district has developed special language programs for students who are limited English proficient. The goal of these special language programs is to enable students of limited English proficiency to become competent in speaking, reading, writing and comprehending the English language.

The Primary Language Assistance Program and English-as-a-Second Language Program provides instruction with the purpose of developing proficiency in English.

The Language Proficiency Assessment Committee (LPAC) recommends that your child be enrolled in a special English class. Your child's English proficiency indicates that a specialized language program might be of instruction benefit.

English Oral Language Proficiency Test (OLPT, PK-12) Name: _____

Date Administered: _____ Results: _____ Proficiency: _____

Spanish Oral Language Proficiency Test (OLPT, PK-12) Name: _____

Date Administered: _____ Results: _____ Proficiency: _____

Norm-referenced Standardized Achievement Test (Grades 2-12) Name: _____

Results: _____

The student will receive specialized instruction in the English language. This program assists student in mastering the STAAR required by the state. *Your child will remain in the program until all criteria for exiting has been met and he/she is ready to make the transition into the regular English program.*

You have the right to approve or disapprove this recommendation.

If you have any questions, I shall be happy to meet with you.

Principal: _____ School: _____

PARENTAL APPROVAL OF SPECIAL ENGLISH LANGUAGE PROGRAM ENTRY

Please mark one of the boxes below to indicate your wishes:

- I want my child to receive English language development instruction.
- I do not want my child to receive English language development instruction. A follow-up will be made by the principal or designee to discuss the decision.'

Comments: _____

Signature of Parent or Guardian/Date

PLEASE RETURN THIS FORM TO THE SCHOOL IMMEDIATELY

Fecha: _____
Nombre del estudiante: _____
El estudiante ID# _____

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE ROBSTOWN
AVISO DE MATRICULA PARA EL PROGRAMA ESPECIAL DE INGLÉS
SECUNDARIA

Estimado padre o tutor:

De acuerdo con las metas del distrito escolar de Robstown, se han desarrollado programas especiales de idioma para estudiantes limitados en inglés. La meta de estos programas es ayudar a estos estudiantes a ser más competentes en el habla, la lectura, la escritura, y la comprensión del inglés.

El propósito del programa de asistencia en el idioma nativo y el programa especial de inglés es el de desarrollar la calidad de adepto en inglés.

El comité de asesoría del lenguaje (LPAC) recomienda que su hijo/a se inscriba en el programa especial de inglés. La calidad de adepto de su hijo/a en inglés indica que el programa especial de idioma sería de beneficio académico.

Nombre oral ingles de la prueba del conocimiento de idiomas (OLPT, PK-12) _____

La fecha administro: _____ Resultados: _____ Habilidad: _____

Spanish Oral Language Proficiency Test (OLPT, PK-12) Name: _____

La fecha administro: _____ Resultados: _____ Habilidad: _____

Nombre estandarizado Norma-referido de la prueba de logro (Grados 2-12): _____

Resultados: _____

Su hijo/a recibirá instrucción en ingles. Este programa ayudará a su hijo/a dominar en el aprendizaje y metas esenciales de STAAR requeridos por el estado. Su hijo/a a permanecerá en el programa hasta que él o ella pueda recibir su instrucción en inglés regular.

Usted tiene el derecho de aprobar o de rechazar esta recomendación.

Si tiene alguna pregunta, favor de comunicarse conmigo. Estoy a sus órdenes.

El Director/a: _____ Escuela: _____

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA ESPECIAL DE INGLÉS

Favor de marcar uno de los siguientes cuadros para indicar su deseo:

- Deseo que mi hijo/a reciba instrucción bilingüe.
- No quiero que mi hijo/a reciba instrucción bilingüe. Tendré una conferencia con el Director/a o designado de la escuela para discutir la decisión.

Comentarios: _____

Firma del padre o tutor/Fecha

FAVOR DE REGRESAR ESTE FORMULARIO A LA ESCUELA INMEDIATAMENTE