

Gifted Services

Exceptional Student Services Department

6218 South Seventh Street

Phoenix, Arizona 85042



Fecha: _____ **Permiso de Evaluación para Servicios de Estudiantes Superdotados**

A los padres / tutores de _____,

Se recomienda una evaluación adicional para determinar si su hijo/a es superdotado. En el Distrito Escolar Roosevelt, administramos la evaluación CogAT para determinar si su hijo debe recibir servicios especializados para estudiantes superdotados y con talento extraordinario. Este procedimiento de identificación cumple con las pautas estatales y federales. Los resultados se notificarán por escrito a los padres dentro de 30 días escolares a partir de la fecha en que se administró el examen. Puede solicitar una explicación más detallada de los resultados del examen al coordinador de estudiantes superdotados de la escuela. Se requiere su permiso para evaluar a su hijo con el fin de determinar si es superdotado. Indique su preferencia a continuación y devuelva esta carta al maestro/a lo antes posible. Sinceramente,

Coordinadora de Estudiantes Superdotados

Distrito Escolar Roosevelt

Escuela: _____ Nombre del estudiante: _____

Numero De Lonche: _____ Fecha de nacimiento: _____

Maestro/a: _____ Grado: _____

____ Doy permiso para que mi estudiante sea evaluado para el Programa de Estudiantes Superdotados.

____ No doy permiso para que mi estudiante sea evaluado para el Programa de Estudiantes Superdotados.

(Firma de Padre/Tutor)

(Fecha)

*Por favor regrese al maestro/a de su hijo/a.