 Brownsville Independent School District

1900 Price Road, Brownsville, TX 78521, (956) 548-8000

**2016 GRADO 5 PROGRAMA ESCOLAR DE VERANO**

**La iniciativa para éxito estudiantil**

**NOTIFICACIÓN DE ELIGIBILIDAD DEL ESTUDIANTE**

**Primera Administración**

**18 de abril del 2016**

Estimados padres,

Su hijo/a es elegible para participar en el programa de verano de la iniciativa para el éxito estudiantil (SSI). El objetivo de este programa es para proporcionar instrucción acelerada específica para los estudiantes que necesitan pasar el examen STAAR Lectura.

Los estudiantes deben cumplir con todos los requisitos locales de promoción. Además, estudiantes deben aprobar satisfactoriamente la prueba de lectura del examen estatal STAAR para ser promovidos al sexto grado**. Si su hijo/a obtiene éxito en la segunda administración de STAAR en el área que reprobó, no será necesario asistir a este programa de verano.**

Por favor este en comunicación del progreso académico con el maestro/a de su hijo/a.

El programa de verano iniciará el **lunes, 6 de junio** finalizando el **viernes, 24 de junio**. El día escolar empieza a las 7:30 am con desayuno, y termina a las 4:00 pm de **lunes a viernes.**

**Su hijo/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ asistirá a la escuela primaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Transportación: El distrito escolar proporcionará transporte desde la escuela del alumno/a a la escuela asignada de verano.**

Favor de recortar y regresar al maestro/a del estudiante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Favor de indicar una de las opciones siguientes:

\_\_\_\_\_ Sí deseo que mi hijo/a asista al programa escolar de verano.

\_\_\_\_\_ No deseo que mi hijo/a asista al programa escolar de verano.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mi hijo/a padece de una enfermedad crónica y debe tomar medicamento durante las clases de verano. \_\_\_\_\_Sí \_\_\_\_No

5o

**Nombre del estudiante Escuela Grado**

**Firma del padre o tutor Domicilio Número telefónico**

BISD does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, religion, age, disability or genetic information in employment or provision of services, programs or activities.

BISD no discrimina a base de raza, color, origen nacional, sexo, religión, edad, discapacidad o información genética en el empleo o en la provisión de servicios, programas o actividades.