



**No Deje Ningún Niño Atrás
Servicios de Educación Suplementaria
Formulario de Selección de los Padres**

Yo, _____
Escriba su Nombre del Padre o Guardián Legal

Selecciono únicamente (1) _____
Escriba el Nombre del Proveedor de los Servicios

Selecciono únicamente (2) _____
Escriba el Nombre del Proveedor de los Servicios

Selecciono únicamente (3) _____
Escriba el Nombre del Proveedor de los Servicios

Para ser el proveedor de mi hijo/a _____
Nombre del estudiante

De los Servicios de Educación Suplementaria para el año escolar 2009-2010.

Mi niño/a atiende _____
Escriba el nombre de la Escuela

Mi hijo está en el _____ grado Fecha del Nacimiento _____

Dirección Residencial: _____

Dirección de Correos: _____

Ciudad/Pueblo: _____ Código Postal: _____

Teléfono del día #: _____ Teléfono para la noche#: _____

Comprendo que si mi niño/a ha sido seleccionado para recibir servicios, **debo firmar un contrato** con el proveedor que establece objetivos académicos para mi niño/a. Al firmar abajo, doy mi permiso para que el distrito dé el nombre e información de mi niño/a indicado arriba a los proveedores de SES que he seleccionado en este formulario con el propósito de establecer servicios para mi niño.

Firma del Padre o Guardián Legal

Fecha

Por favor devuelva este formulario a: Michele English-Watson, Director
Charleston County School District
Department of Categorical Programs/Title I Office
75 Calhoun Street
Charleston, South Carolina 29401

**ULTIMO DIA PARA SOLICITAR ESTOS SERVICIOS ES EL 13 DE NOVIEMBRE,
2009**