



**Programa GT de Educación de SMCISD**  
**Forma de los Padres para referir a su hijo(a)**  
**Fecha de Limite: 1 de noviembre**

Direcciones: El padre de familia debe completar la siguiente información para referir a su hijo(a) para que le hagan pruebas para el programa de educación GT. Regrese la forma completa al maestro(a) de GT. Las referencias serán aceptadas hasta el **uno de noviembre**. Cualquier forma que recibamos después de la fecha límite, será examinada en el siguiente año escolar.

Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Nombre de la maestra(o) \_\_\_\_\_

ID# \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Origen étnico \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Nombre del padre o la madre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

El(la) niño(a) ha sido examinado antes para este programa?  
 \_\_\_\_\_

Si su niño(a) está en uno de los programas mencionados abajo por favor de circular el programa. Esto es muy importante porque afecta como el examen de G/T estará administrado.

Special Education    504    Dyslexia    Bilingual    Otro \_\_\_\_\_

**Doy permiso para que mi hijo/a tomar el examen para el programa de G/T.**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**