



**EGG HARBOR CITY PUBLIC SCHOOLS**  
**Jaclyn Williscroft, Director of Special Projects**  
730 Havana Avenue • Egg Harbor City, New Jersey 08215  
(609) 965-1034 x 136 Fax (609) 804-0642

## **Título 1 Programa de Instrucción de Destrezas Básicas**

Fecha: \_\_\_\_\_

Estimado Los padres/tutores,

Las revisiones de desempeño se llevan a cabo trimestralmente para determinar el progreso del estudiante y la elegibilidad de continuar en el programa de instrucción de habilidades básicas (BSI). Los criterios de salida para la eliminación de los programas de Título I dependen de lo siguiente:

<b>Calificador</b>	<b>Datos de salida</b>
	Recomendación del maestro/Escalas de calificación del maestro
	Recomendaciones de los padres/cuestionarios
	Evaluaciones estatales Evaluaciones
	Evaluaciones locales
	Evaluaciones de referencia
	Evaluaciones de fin de curso
	Calificaciones
	Otro: el estudiante logró las metas del plan de programa individual las metas

El instructor de habilidades básicas de su hijo/a, ha determinado que se han cumplido todas las metas/objetivos según el IPP. Por lo tanto, su hijo cumple con los criterios para salir del programa en las siguientes áreas:

\_\_\_\_\_ Artes del lenguaje \_\_\_\_\_ Matemáticas

Tenga en cuenta que la supervisión continuará y se le notificará si es necesario reanudar los servicios. Le pedimos que complete la sección inferior de esta página indicando si está de acuerdo o no con la interrupción de los servicios para su hijo.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese conmigo al número mencionado anteriormente.

Atentamente,

Jaclyn Williscroft  
Directora de Proyectos Especiales

----- **Devuelva el siguiente sección** -----

\_\_\_\_\_ Yo **DESEO** que mi hijo/a sea dado de alta de los servicios de Título I BSI

\_\_\_\_\_ Yo **NO DESEO** que mi hijo/a sea dado de baja de los servicios BSI del Título I

Nombre del estudiante (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor (firma) \_\_\_\_\_