

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO ALBEMARLE
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESPECIALES
401 McINTIRE ROAD
CHARLOTTESVILLE VA 22901
(434) 296-5885

AVISO A PADRES DEL PROPÓSITO DE RE-EVALUAR

Fecha: ____/____/____

Muy estimado(a)(os) _____ :

Nos permitemos escribirle para darle aviso oficial que comienza el proceso de re-evaluación, que necesito ser cumplido en 65 días laborales.

Se incluye una copia del documento “Aviso de evaluación y selección de evaluaciones” (“Component Selection”) que indica razones y categorías de elegibilidad para servicios especiales, y una forma del consentimiento de padres. Entendemos cumplir evaluaciones y pruebas cuando hemos recibido su consentimiento de re-evaluar su hijo. Si no hemos recibido este consentimiento dentro de 10 días administrativos de Vd. recibir este aviso, comenzaremos la re-evaluación.

Cuando cumplamos la re-evaluación fijaremos el hora de la reunión de elegibilidad. Vd. va a recibir notificación del tiempo y lugar de la reunión. Anticipamos con placer la oportunidad a trabajar con Vd. y su hijo. Fijamos una copia de Derechos de Padres en Educación Especial a esta carta. Si Vd. tiene algunas preguntas o preocupaciones, hágame Vd. el favor de hacer contacto conmigo.

De usted muy atento y seguro servidor,

Nombre

Título

Teléfono