

Servicios de Educación Suplementaria

Forma de Selección del Proveedor

Collinsville CUSD 10
201 West Clay Street
Collinsville, IL 62234
618-346-6350
www.kahoks.org

*Esta forma se debe de regresar
antes del 12 de Octubre, 2010*

Información del Estudiante/Padres

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la Escuela: _____ Nivel Grado: _____

Nombre del Padre/Madre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Correo Electrónico: _____

Por favor ponga una X en la línea si es que su hijo participa en estos programas:

ELL: _____ Si ELL, Idioma que se habla : _____ Educación Especial (IDEA): _____

Selección del Proveedor

Por favor revise la lista de los proveedores que le enviamos y seleccione tres opciones, en orden de preferencia:

1^{era} Opción: _____

2^{nda} Opción: _____

3^{era} Opción: _____

Al firmar esta forma, usted nos da permiso de hacer contacto con uno de los proveedores para que trabaje con su hijo y ceder toda la información del estudiante a ese proveedor.

Firma del Padre

Fecha

Para Uso de la Oficina

Provider : _____

SIS Number : _____

***Si tiene alguna pregunta, por favor contacte a Julie Brown Asistente del Superintendente-
Curriculum e Instrucción, 618-346-6350.***