

Hunter College, City University of New York
Escuela de Educación
Formulario de Permiso para Espacio de
Alfabetismo

Fecha: _____

Yó, _____ (padre/encargado) otorgo mi permiso para sesiones diagnósticas y de recuperación de alfabetismo, y autorizo a que la escuela de mi niño y Hunter College intercambien información sobre mi niño.

Haré los arreglos para que mi niño vaya al Espacio de Alfabetismo de las 4:30 PM a las 5:45 PM una vez a la semana en el cuarto 938 West, en el edificio West de Hunter College, en la avenida Lexington entre las calles E. 67 y E. 68. Entiendo que este es un compromiso de dos semestres y prometo traer a mi niño cada semana.

(nombre)

(firma)

(dirección)

(código postal)

(teléfono celular)

(teléfono principal)

(teléfono del trabajo)

En la presencia de:

(nombre)

(firma)

En caso de emergencia, puede contactar a: _____

(teléfono celular)

(teléfono principal)

(teléfono del trabajo)

Devuelva el formulario a:

Dr. Nadine Bryce

Hunter College, Department of Curriculum and Teaching

695 Park Avenue, New York, NY 10065

TELÉFONO 212-772-4770

E-MAIL: nbryce@hunter.cuny.edu

FAX 212-772-4698

Hunter College, City University of New York
Escuela de Educación
Recomendación para Espacio de
Alfabetismo

NOMBRE DEL NIÑO: _____ EDAD: _____ GRADO: _____

ESCUELA ACTUAL: _____

DIRECCIÓN DE ESCUELA: _____

ENCARGADO DEL NIÑO: _____

PRINCIPAL: _____ # CELULAR _____

E-MAIL: _____

DIRECCIÓN: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

INFORMACIÓN MÉDICA RELEVANTE:

¿SU NIÑO HA REPETIDO ALGÚN GRADO? _____ SI SÍ, ¿QUÉ GRADO? _____

¿SU NIÑO ESTÁ RECIBIENDO SERVICIOS ESPECIALES DE ALGÚN TIPO? _____

SI SÍ, ¿QUÉ SERVICIOS?

Por favor, pídale al maestro de su niño que provea la siguiente información:

Alfabetismo en desarrollo: su niño...	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca	No estoy seguro
Identifica y dice las letras del abecedario					
Sabe los sonidos de las letras					
Escribe el abecedario					
Lee palabras de vocales cortas (e.g., hat, mop)					
Lee palabras más largas (e.g., something, aircraft)					
Independientemente lee texto simple					
Entiende un cuento leído en voz alta					

Más experiencia en alfabetismo: el niño...	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca	No estoy seguro
Lee y entiende textos de su grado					
Descifra efectivamente cuando lee independientemente					
Demuestra estrategias efectivas de reconocer palabras cuando lee independientemente					
Demuestra estrategias efectivas de comprensión cuando lee independientemente					
Lee con fluidez cuando lee independientemente					

RENUNCIA DE RECLAMACIÓN DE RESPONSABILIDAD

En consideración de los participantes en el programa de **Espacio de Alfabetismo de Hunter College** (Práctica), (**nombre del niño**) _____, quien vive en (**dirección**) _____, y

(**nombre de padre/encargado legal**) _____

individualmente y colectivamente, prometemos no demandar y prometemos renunciar a Hunter College, City University of New York (CUNY), el Consejo Directivo de CUNY, el Estado de Nueva York, y todos los funcionarios ó empleados ("Releasees") de cualquier responsabilidad, reclamaciones, demandas, y acciones relacionadas con pérdidas, daño, ó lesiones a nosotros ú otros, ó a propiedad perteneciente a nosotros y/ú otros, aunque sea causado por negligencia de parte de los "Releasees" ó al viajar de/a ó participar en la Práctica ó al estar en ó cerca del local donde se conduce la Práctica. Entendemos que esta Renuncia de Reclamación aplica a participación en todas las actividades de la Práctica. Es nuestra intención que esta Renuncia será honrada por nuestros herederos, personas designadas por nosotros, y representantes personales.

En el evento de que cualquier enfermedad ocurra envolviendo a mi niño, deseo que Hunter College tome todos los pasos apropiados para notificarme del evento inmediatamente, pero si estoy inaccesible por cualquier razón, autorizo cualquier atención médica para mi niño que sea considerada apropiada por el médico.

CON TESTIGO, hemos firmado abajo en el día _____ de _____, 20_____.

NIÑO:

Nombre

Firma

PADRE Ó ENCARGADO LEGAL:

Nombre

Firma

Teléfono de día

Teléfono de noche

Teléfono celular

Teléfono alterno

POR FAVOR especifique (en detalle) cualquier alergia ó condición médica:

