



Solicitud para Recibir Enseñanza en el Hogar

Fecha:		Escuela:	
Persona de Contacto para trabajo del estudiante:		Número de Teléfono:	
Nombre del Estudiante:	ID #:	Grado:	Fecha Nacimiento:
Nombre del Padre/Encargado:		Dirección Residencial:	
Número de Teléfono:	Número Celular:	Número del Trabajo:	
Razón para recibir enseñanza en el hogar (Adjuntar documentación de respaldo—i.e. – nota médica, IEP, DCR):			
Número de Ausencias Anticipadas:	Primer Idioma:	Lugar dónde recibirá las clases:	Mejor hora para las clases:
Materias			
¿Está el estudiante clasificado actualmente? Si lo Está, indicar clasificación y adjuntar plan educacional (IEP):			
Encargado/Representante del Caso del CST:		Número de Contacto:	
Comentarios (Favor indicar cualquier otra información necesitada para asegurar los servicios adecuados):			

Certifico que la información dada arriba es correcta y estoy de acuerdo en permitir al instructor asignado dar clases a mi hijo(a) en el lugar pre-asignado mencionado arriba. También estoy de acuerdo en darle seguimiento al cumplimiento de todas las tareas, y entiendo que el no completarlas tendrá un impacto directo en su rendimiento académico.

Firma del padre/encargado: _____ **Fecha:** _____

SOLO PARA USO DEL DISTRITO /FOR DISTRICT USE ONLY:

Principal's Signature: _____	Date: _____
District Physician's Signature: _____	Date: _____
District Representative: _____	Date Received: _____
Home Instructor: _____	Date Assigned: _____
Expected Start Date: _____	Expected End Date: _____
____ Approved	____ Not Approved
	Date: _____

Supervisor: Zelda Spence

Favor de completar y devolver a:

Office of Student Services
1200 Myrtle Avenue Room #113 Plainfield, NJ 07063
908-731-4200 Ext. 5381 **OR** 908-731-4382
Zelda Spence, Supervisor, Out of School Time
zspence@plainfield.k12.nj.us AND cjoseph@plainfield.k12.nj.us