



Pedido de Isenção de Teste Médico

FORMULÁRIO 2: FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DE PAIS/TUTORES

Instruções para o Distrito: Entregue este formulário aos pais/tutores do aluno. Depois de assinado, guarde com os registos do aluno. Não envie este formulário para o RIDE.

Instruções para Pais/Tutores: Por favor, leia e preencha este formulário e devolva-o à escola do seu filho ou ao escritório do distrito.

Nome do Estudante (Letra de imprensa): _____

Eu consultei a escola ou distrito do meu filho sobre o pedido para isentar o meu filho de **avaliações**

_____.

Eu compreendo que isto significa que não terei pontuações de teste ou pontuações parciais de teste, para o meu filho, dependendo das circunstâncias, para a(s) avaliação/ões isenta(s). Ao assinar este pedido, eu reconheço que:

1. **Eu ESTAVA** (ou) **NÃO ESTAVA** (*circule um*) envolvido na decisão do distrito **de solicitar uma isenção** para o meu filho da avaliação estatal.
2. **Eu DOU** (ou) **NÃO DOU** (*circule um*) **permissão para a escola ou distrito discutir o motivo da solicitação com** a Dr.^a Phyllis Lynch, Diretora de Instrução, Avaliação, Currículo do Departamento de Educação de Rhode Island ou o seu representante.

Nome Completo dos Pais/Tutores (por favor, em letra de imprensa)

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Tutor

____/____/____

Data