COLUMBIA PUBLIC SCHOOLS

Dirigido al(los) padre(s) de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Deseo informarle(s) que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fue seleccionado(a) para participar en el programa ***Reading Recovery*** (Recuperación de lectura). ***Reading Recovery*** (Recuperación de lectura) es un programa de alfabetización individualizado que es solamente para estudiantes de primer grado. Esto significa que su hijo(a) se reunirá de forma individual durante 30 minutos diarios con un(a) maestro(a) capacitado(a) especialmente en ***Reading Recovery*** (Recuperación de lectura). Su hijo(a) tiene la oportunidad de participar en el programa ***Reading Recovery*** (Recuperación de lectura) por solo 20 semanas; por lo tanto, es muy importante que su hijo(a) asista a la escuela todos los días (a menos que esté enfermo(a)) y que complete sus tareas de lectura y escritura todas las noches. Esta alfabetización es adicional a la alfabetización regular que se da en el aula de su hijo(a).

Indique a continuación si desea o no que su hijo(a) participe en el programa ***Reading Recovery*** (Recuperación de lectura). Si tiene alguna pregunta sobre ***Reading Recovery***, (Recuperación de lectura) siéntase en libertad de comunicarse conmigo.

Espero trabajar con su hijo(a) durante las próximas 12 a 20 semanas.

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Información de contacto***

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. de teléfono de la escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

✂✂✂✂✂✂✂✂✂✂✂✂✂✂✂✂✂✂✂✂✂✂✂✂

\_\_\_\_\_\_\_ **Sí**, deseo que mi hijo(a) participe en el programa de Reading Recovery (Recuperación de lectura).

\_\_\_\_\_\_\_ **Sí**, comprendo que la asistencia de mi hijo(a) es muy importante para el éxito de su alfabetización.

\_\_\_\_\_\_\_ **Sí**, puedo ayudar a mi hijo(a) con sus tareas de lectura y escritura todas las noches.

\_\_\_\_\_\_\_ **No** deseo que mi hijo(a) participe en el programa Reading Recovery (Recuperación de lectura).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre y apellido del(la) niño(a) Firma del padre/madre Fecha

***Firme y devuelva una copia y quédese con una copia para usted.***