



BEACON CITY SCHOOL DISTRICT

10 EDUCATIONAL DRIVE
BEACON, NEW YORK 12508
PHONE 845-838-6900
FAX 845-838-6933

Mrs. Jean Fazzino Lain
*Assistant Superintendent
for Instruction*

Dr. Lynne Pampel
Director of Pupil Personnel

Anne Marie Quartrioni
Assistant Business Manager

Charles Symon
*Assistant Superintendent for
Media and Operations*

Mr. Eric Romanino
Director of PE, Athletics and Health Ser

DR. JEAN P. PARR
Superintendent of Schools

PERMISO DE EVALUACIÓN

Nombre del o la estudiante:

Por favor firme este *permiso para evaluar o re-evaluar* indicando que ha recibido del distrito escolar el aviso con la intención de evaluar o re-evaluar. Su firma nos indica que usted da permiso a la administración para hacer las siguiente(s) evaluaciones o re-evaluaciones a su hijo(a) arriba mencionado(a).

[El/la psicólogo(a) debe marcar la clase de evaluación que se completará y los nombres de los evaluadores]

_____ **Cognoscitiva**

_____ **Pedagógica**

_____ **Lenguaje/Habla**

_____ **Terapia ocupacional**

_____ **Terapia física**

_____ **Examen físico** *(la familia puede proveer un examen físico el cual puede remplazar al del distrito escolar sin embargo éste debe ser firmado por el doctor)*

_____ **Otra**

Por:

_____ Distrito
_____ Rehabilitación, Inc.
_____ Otro:

Firma (padre, madre o tutor legal)

Relación con el/la estudiante

Fecha

Por favor firme el permiso y devuélvalo a la persona indicada abajo lo más pronto posible. Si usted no esta de acuerdo con la propuesta de evaluación o re-evaluaciones, por favor llámenos lo mas pronto posible. Gracias

Nombre/Título/Fecha

Psicólogo(a) por favor devolver a: Pupil Personnel Services
10 Educational Drive
Beacon, NY 12508

o fax 838-6933