

## CARTA DE COMPROMISO Y AUTORIZACIÓN PARA EL PROGRAMA BILINGÜE

Autorizo a que mi hijo	participe en el Programa Bilingüe de akbrook School.
He recibido información sobre la misión, visión y metas del Programa enseñanza y evaluación. Acepto apoyar a mi hijo y al programa media	
<ul> <li>Mi hijo:</li> <li>Participará en el programa no menos de seis años (kínde</li> <li>Estará en un aula donde el 50% de los estudiantes domir lengua materna.</li> <li>Estará en un aula que incluye enseñanza en inglés y en e</li> <li>Desarrollará destrezas bilingües (escuchar y hablar) y de</li> <li>La enseñanza será:</li> <li>80% en español y 20% en inglés a partir de kínder y prir</li> <li>70% en español y 30% en inglés en segundo grado.</li> <li>60% en español y 40% en inglés en tercer grado.</li> <li>50% en español y 50% en inglés en cuarto y quinto grad</li> <li>Entiendo que los maestros y administradores se comprometen a:</li> <li>Fijar altas expectativas académicas que prepararán a los una sociedad global.</li> <li>Preparar e impartir enseñanza que cumpla con las necesi</li> <li>Comunicarse con los padres y hacerlos partícipes en el p de los estudiantes individuales.</li> <li>Promover un ambiente educativo donde los estudiantes p</li> </ul>	spañol. bialfabetización (lectura y escritura). ner grado.  o. estudiantes para la universidad y el trabajo en dades de todos los estudiantes en el aula. roceso de aprendizaje para garantizar el éxito
Si más familias muestran interés de lo que la inscripción permite, se establecerá una lista de espera. Para obtener más información, visite nuestro sitio web en www.wd7.org.  Reconozco que consiento y autorizo a que mi hijo participe en el Programa Bilingüe de Wood Dale School District 7. Si mi hijo está matriculado en el programa y decido retirarlo, acepto hacerlo antes del 1 de junio de 2018. No se honrarán las solicitudes de retiro que se presenten después del 1 de junio de 2019.	
Firma del padre o madre	Fecha
Dirección	
Número tel. hogar	Número tel. móvil

Le agradeceremos que llene la sección al final de esta página y la envíe a: Dra. Merri Beth Kudrna

543 N. Wood Dale Road, Wood Dale, IL 60191

Nombre del niño

Dirección de correo electrónico