DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE PALM BEACH
SERVICIOS EDUCACIONALES VIRTUALES Y EN EL HOGAR

Evaluación Anual del Programa de Educación en el Hogar

INSTRUCCIONES: Las secciones I y II, que aparecen a continuación, deben ser completadas por un profesor con credenciales aprobadas o un psicólogo con licencia. **La Evaluación Anual se vence en la fecha del aniversario de la matrícula del estudiante** en el Programa de Educación en el Hogar.

Devuelva este formulario a: Correo electrónico homeed@palmbeachschools.org. **FAX** *561-434-8447 o por* ***CORREO*** *a* The School District of Palm Beach County, Home Education Office, 3308 Forest Hill Boulevard, Suite C-124, West Palm Beach, FL 33406-5813, (561) 434-8052.

Según las normas del Distrito, si un estudiante en el Programa de Educación en el Hogar se matricula en una escuela pública del Distrito Escolar del Condado de Palm Beach, los administradores de la escuela tendrán que determinar la ubicación en el grado y los créditos obtenidos. El currículo, la carpeta de trabajos y las evaluaciones del estudiante pudieran ser revisadas en la escuela antes de tomar decisiones con respecto al grado y los créditos.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE *(nombre, inicial del 2.o nombre, apellido)*	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE DE LOS PADRES O TUTORES *(nombre,apellido)*	

DOMICILIO DEL ESTUDIANTE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO

La información sobre el grado, sexo, raza u origen étnico del estudiante es opcional.

GRADO DEL ESTUDIANTE	SEXO DEL ESTUDIANTE	RAZA U ORIGEN ÉTNICO

☐ A- Asiático o isleño del Pacífico ☐ B - Negro, no hispano ☐ H - Hispano
☐ I - Indígena de Estados Unidos de América o nativo de Alaska ☐ M - Multiracial ☐ W - Blanco no hispano

SECCIÓN I - Marque TODAS las casillas que correspondan

Al revisar ☐ **la carpeta de trabajos** y/o ☐ **los resultados de la evaluación** del estudiante, concluyo que el /ella ☐ **ha** ☐ **no ha** demostrado progreso a un nivel de acuerdo con su habilidad y que ☐ **está** ☐ **no está** preparado para continuar con la enseñanza en el próximo nivel.

SECCIÓN II

A continuación, llene la sección A, B o C según corresponda:

A. Profesor(a) certificado en la Florida

Fecha(s) de evaluación _____

NOMBRE DEL PROFESOR *(escriba en letra de molde)*	NÚMERO DE LA CREDENCIAL VIGENTE	FECHA DE VENCIMIENTO

Poseo un Certificado regular y válido de la Florida para enseñar asignaturas académicas en los niveles de educación primaria y secundaria.

_____ _____ ( ) -
FIRMA DEL PROFESOR *FECHA* *TELÉFONO (opcional)*

B. Psicólogo(a) con Licencia

Fecha(s) de evaluación _____

NOMBRE DEL PSICÓLOGO *(escriba en letra de molde)*	NÚMERO DE LA LICENCIA VIGENTE PARA EJERCER EN LA FLORIDA	FECHA DE EXPIRACIÓN

Poseo una Licencia válida de la Florida para ejercer la Psicología.

_____ _____ ( ) -
FIRMA DEL PSICÓLOGO *FECHA* *TELÉFONO (opcional)*

C. Escuela por Correspondencia Acreditada (adjuntar documentos del progreso del estudiante en papel con el membrete de la escuela)

NOMBRE DE LA ESCUELA POR CORRESPONDENCIA	AGENCIA QUE ACREDITA	FECHA DE VENCIMIENTO DE LA ACREDITACIÓN

_____ _____ ( ) -
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA ESCUELA *FECHA* *TELÉFONO*

The Department of Multicultural Education Spanish Translation Team certifies that this is a true and faithful translation of the original document. (561) 434-8620 - December 2015 - SY15-1482