

**VACAVILLE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
GIFTED AND TALENTED EDUCATION
Permission for Testing**

Date: _____

Your child was referred for consideration to participate in the District's Gifted and Talented Education (GATE) program. In order to determine eligibility, information about your student's school performance and mental abilities must be collected and reviewed. A mental abilities test will be group-administrated at the school site during the regular school day. Your written permission is necessary before your child can be tested.

If you have questions regarding testing, please contact the GATE office at (707) 453-6141.

Please complete, sign and return this form to your child's teacher as soon as possible if you wish to have your child tested. No testing can be conducted without parental permission. You will notified by mail when the scoring is completed and eligibility has been determined.

Sincerely,

Jo Anne Bucsko, MEd
District GATE Coordinator

Please check one of the following:

_____ I give my consent for mental abilities testing of my child for the purpose of determining eligibility for the Gifted and Talented Education (GATE) Program. I understand that my child will not be scheduled for testing unless this consent form is signed and returned.

_____ I do not give permission for my child to be tested for the GATE program.

Student Name _____ Date of Birth _____

School _____ Grade _____ Teacher _____

Parent/Guardian Signature _____

Home Phone Number _____ Cell Phone Number _____

Date _____

**Vacaville Unified School District
Educación al Talentoso y Dotado
(Gifted And Talented Education)**

Fecha: _____

Recientemente, su hijo(a) ha sido referido(a) para la consideración de su participación en el programa de Educación al Talentoso y Dotado (GATE). Para poder determinar si su hijo(a) reúne los requisitos necesarios, el Distrito requiere que la información del estudiante acerca del rendimiento escolar y pruebas de habilidades mentales sea recolectada y examinada por la escuela y personal del Distrito. Una prueba de habilidad mental será administrada en grupo en la escuela, y su permiso por escrito es necesario antes de que su hijo(a) pueda ser evaluado(a).

Usted será notificado por correo cuando el puntaje haya sido completado y el derecho de participar en el programa haya sido determinado. Si tiene preguntas, estaré encantada de conversar con usted. Llame a la oficina de GATE en 453-6141.

Para dar permiso, por favor complete, firme, y devuelva esta form a su profesor cuanto antes.

Sinceramente,

Jo Anne Bucsko, MSED
GATE Coordinator

Por favor marque uno de los siguientes:

Doy mi consentimiento para que le den una prueba de habilidad mental a mi hijo(a), con el propósito de determinar si reúne los requisitos para participar el programa GATE. Entiendo que a mi hijo(a) no se le evaluara hasta que esta forma sea firmada y entregada.

No doy permiso para que mi hijo(a) sea evaluado para el programa de GATE.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro(a): _____

Firma de los Padres o Tutor: _____

Número de Teléfono del Domicilio: _____ Fecha: _____