THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

AVISO AOS PAIS SOBRE A COLOCAÇÃO/CONTINUAÇÃO DE SERVIÇOS no PROGRAMA DE INGLÊS PARA PESSOAS QUE FALAM OUTROS IDIOMAS *(ESOL)*

(Parent Notification of Placement/Continuation of Services in the English for Speakers of Other Languages (ESOL) Program)

_____
(Data)

Aos Pais/Guardiões de: _____ Série: _____

Escola: _____

☐ Colocação Inicial no Programa de *ESOL* ☐ Continuação da Colocação no Programa de *ESOL*

Com base nas suas respostas na Enquete de Idioma Falado em Casa no formulário de Matrícula do Estudante, a sua criança foi avaliada e identifcada com necessidade de auxílio na Língua Inglesa em _____/_____/_____ (Data de Entrada). Temos o prazer de informá-lo que a sua criança irá receber instrução no programa do distrito de Inglês para Pessoas Que Falam Outros Idiomas.

As notas de sua criança nos testes e/ou outros critérios foram utilizados para determinar a sua proficiência em Inglês:

1. Instrumento de Avaliação da Audição/Fala (K-12) _____ Classificação de Linguagem _____
2. Instrumento de Avaliação da Leitura/Escrita (3ª-12ª série) _____ Leitura _____ Escrita _____

A meta do programa de *ESOL* é de ajudar a sua criança a adquirir proficiência em inglês para o cumprimento dos padrões de desempenho acadêmico apropriados para a promoção e graduação. O Programa de *ESOL* adapta o ensino conforme os pontos fortes e as necessidades da criança. Favor visitar www.broward*ESOL*parents.com e www.broward.k12.fl.us/*ESOL* para obter maiores informações. Caso a sua criança tiver mais necessidades educacionais, os serviços de *ESOL* serão incluídos nas diretrizes e recomendações para o seu Plano Individualizado de Educação *(IEP).*

Incentivamos que você participe no desenvolvimento do Plano de Educação de Estudante Aprendiz da Língua Inglesa *(English Language Learner Student Education Plan - ELLSEP)* de sua criança, o qual descreve como a sua criança irá progredir em inglês e cumprir com os padrões acadêmicos. Embora você tenha o direito de escolher o programa de *ESOL* de sua criança, recomenda-se que a sua criança participe do seguinte:

☐ **1. Ensino Contextualizado/Classes Autônomas - Artes da Linguagem** (Os estudantes recebem ensino de Artes da Linguagem somente com *ELLs*)
☐ **2. Ensino Contextualizado/Classes Autônomas - Disciplinas Básicas** (Os estudantes recebem ensino de matemática, ciências, estudos sociais, e/ou aulas de computação somente com *ELLs*)
☐ **3. Classe Comum / Inclusiva - Artes da Linguagem** (Os estudantes recebem ensino de Artes da Linguagem com *ELLs* e não-*ELLs* usando estratégias de *ESOL*)
☐ **4. Classe Comum / Inclusiva - Disciplinas Básicas** (Os estudantes recebem ensino de matemática, ciências, estudos sociais, e/ou aulas de computação com *ELLs* e não-*ELLs* usando estratégias de *ESOL*)

A sua criança irá participar do Programa de *ESOL* até que ela cumpra com os critérios de saída estabelecidos pelo Estado. O direito ao ensino integral não pode ser dispensado. Uma pasta do Plano de Educação de Estudante Aprendiz da Língua Inglesa *(ELLSEP)* foi preparada para a sua criança. Favor entrar em contato com a pessoa de contato/Currículo de *ESOL* abaixo para obter maiores informações.

_____ _(_____)_____
(Pessoa de Contato/Currículo de *ESOL*) Telefone da escola

Favor completar a seção abaixo e entregar à escola de sua criança.
Assinale tudo que for aplicável.

Nome do estudante: _____ Telefone: _(_____)_____Data: _____

___ Compreendo que minha criança irá receber serviços do programa de *ESOL* e concordo com a colocação no programa.

___ Desejo conversar sobre as necessidades educativas de minha criança e as recomendações do programa de *ESOL*.

___ Gostaria de receber mais informações sobre atividades com participação dos pais nesta escola.

Nome do Pai/Mãe/Guardião _____Assinatura do Pai/Mãe/Guardião _____