Compañeros de Clase

Evaluación Alternativa
New York State Alternate Assessment (NYSAA)

CONSENTIMIENTO PARA PERMITIR LA GRABACIÓN INCIDENTAL DE CINTAS VIDEO/AUDIO Y DE FOTOGRAFIAR A COMPAÑEROS DE CLASE

Queridos Padres/Familiares/Guardianes:

El maestro de su hijo(a) administrará este año una Evaluación Alternativa (New York State Assessment- NYSAA) a los estudiantes del aula. Pedimos su consentimiento para que su hijo(a) pueda aparecer incidentalmente en fotos, cintas de video y/o de audio.

NYSAA exige que el maestro reúna trabajos escolares y/o evidencia que el estudiante esté realizando una tarea evaluativa a través de fichas de observación, fotos y cintas de video o de audio. Quizá sea necesario que el maestro o la maestra de su hijo(a) grabe la voz o la imagen del estudiante que está siendo evaluado durante la actividades de clase donde participen otros compañeros. Por lo tanto, puede haber ocasiones limitadas cuando su hijo(a) aparezca en fotografías, cintas de video o de audio que serían incluidas en las carpetas (datafolios) de otros estudiantes. Tenga en cuenta que su hijo(a) no sería identificado por nombre.

Firme abajo para que el maestro tenga permiso de tomar fotos y grabar cintas de video o de audio en las que podría aparecer su hijo(a) incidentalmente (indirectamente) con el propósito de añadir información a las carpetas (datafolios) de sus compañeros.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

NOMBRE DEL MAESTRO: _____

Yo, (Nombre del Padre/Familiar/Guardián) _____, doy permiso a_____ (Nombre del maestro) para tomar fotos o hacer grabaciones de video/audio de mi hijo(a). Entiendo que la voz o la imagen visual de mi hijo(a) podría aparecer incidental o casualmente en la carpeta (NYSAA datafolio) de otro compañero, pero que no sería identificado por nombre.

_____ _____

Firma del Padre/Familiar/Guardián Fecha (dentro del período administrativo)

NOTA: Este formulario debe ser firmado y estar archivado por el distrito escolar. No debe estar incluido en la carpeta (datafolio).