ALUMNO

Evaluación Alternativa
New York State Alternate Assessment (NYSAA)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR Y GRABAR CINTAS DE VIDEO/AUDIO

Para el Padre/Familiar/Guardián de: _____
(Nombre del estudiante)

Su hijo(a) está participando actualmente en una Evaluación Alternativa por el Estado de Nueva York (NYSAA).

Durante este proceso, es posible que el maestro tenga la necesidad de registrar como su hijo(a) ejecuta las tareas de evaluación sacando fotografías y grabando cintas de video/audio.

Firme abajo para permitir que estos registros sean utilizados como parte de la evaluación. Cualquier reproducción de los registros evaluativos de su hijo(a) por parte del Departamento Estatal de Educación, con el propósito de entrenamiento, obligará la eliminación de todos los datos de identificación.

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) que sean necesarios para incluirlos en su carpeta de evaluación NYSAA (datafolio).

_____ _____
Firma de 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).