

EVALUACIÓN EDUCATIVA DE MAINE (MEA)

**FORMULARIO PARA FIRMA DE CONSENTIMIENTO PARENTAL**

**Nombre del estudiante:**

**Nombre de la escuela:**

**Evaluación:**

**Motivo:**

**Fecha de hoy:**

* **CIRCUNSTANCIAS QUE AMERITAN CONSIDERACIÓN ESPECIAL**

□ EMERGENCIA MÉDICA

* Una emergencia médica de importancia ha imposibilitado la participación del estudiante en cualquier actividad académica o evaluación a nivel estatal. Esta emergencia incluye hospitalización prolongada sin acceso a la enseñanza escolar, trauma grave, crisis de salud mental (el estudiante es un peligro para sí mismo o para otros) o colocación en cuidados de hospicio o una instalación de salud mental.
* Una emergencia médica también puede incluir estudiantes médicamente frágiles que no pueden participar en ninguna actividad académica o evaluación a nivel estatal debido a una enfermedad debilitante.

□ COVID o CUARENTENA

* COVID o cuarentena incluye a aquellos estudiantes que debido a que dieron positivo en la prueba de COVID no pueden participar en una evaluación a nivel estatal por encontrarse en cuarentena, conforme al kit de herramientas COVID19 del DOE de Maine, o que han optado por la educación remota total durante cada período de evaluación individual.

**FIRMA DE CONSENTIMIENTO PARENTAL**

He consultado con el distrito escolar y acepto esta solicitud de eximir a mi hijo de la evaluación a nivel estatal. Entiendo que esto significa que no tendré datos de evaluación a nivel estatal para mi hijo correspondientes al año escolar que está siendo evaluado.

*Al firmar esta solicitud,*

Yo **otorgo □** **no otorgo □** (marque una) permiso al distrito para que exima a mi hijo de la evaluación a nivel estatal por razones médicas u otro motivo extraordinario.

Yo **otorgo □** **no otorgo □** (marque una) permiso al distrito para hablar de esta solicitud, de ser necesario, con un miembro del Panel de Revisión de Consideraciones Especiales.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Nombre del padre (escriba en letra imprenta)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Firma del padre* Fecha