



Read Well Speak Well Live Well

2013-2014 STUDY FRIENDS TUTORING PROGRAM - TEACHER REFERRAL FORM
THIS PAGE MUST BE COMPLETED BY THE REFERRING TEACHER

Date: _____ Student Name: _____

Referring Teacher's Name (Please Print): _____

Referring Teacher's Phone #: _____ Email: _____

Reason(s) for Referral: _____

Can the tutor contact you? YES NO Can you meet with the tutor and student? YES NO

Current Grade in Math: A B C D F

Current Grade in English: A B C D F

Current Grade in History: A B C D F

Current Grade in Science: A B C D F

How would you assess his/her study skills?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Poor Excellent

How would you assess his/her classroom participation?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Poor Excellent

How would you assess his/her attendance?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Poor Excellent

How would you assess his/her self-esteem?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Poor Excellent

How would you assess his/her organization?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Poor Excellent

Referring Teacher's Signature: _____



“The Literacy Project” ofrece GRATIS tutores, en la biblioteca de Eagle o la biblioteca de Gypsum, para estudiantes con dificultades en alguna clase o tambien para los que quiera aprender mas "uno a uno".

Para registrase para tutor, PADRES, por favor completa ésta forma

Nombre del padre o madre: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección física: _____

Dirección de correo: _____

Día y Tiempo –

Mejor día y tiempo le gustaría hacer la Tutoría

la Biblioteca de Eagle

la Biblioteca de Gypsum

Por favor ponga una X en cualquier día y hora que Usted esté disponible para hacer Tutoría	Lunes	Martes	Mier.	Juev.	Vier.
4-6 pm					
6-8 pm					----

Permiso de acceso “PowerSchool”

Yo _____ el padre/la madre o el/la guardián de _____ le da permiso a Eagle County Schools para soltar contraseñas de acceso y logins de “PowerSchool” para informacion academica al Proyecto de Alfabetización para mi estudiante. Esta información se guardará confidencial y sólo se usará para apoyar el éxito académico del estudiante en la escuela.

Parent/ Guardian Signature/ Firma

Date/ fecha

Numero de identificacion:

Contraseña:

Por favor devuelva éste formulario a profesor que le ha recomendado