

LINDEN PUBLIC SCHOOLS

2 East Gibbons Street, Linden, NJ 07036



Isabella Scocozza

Director of Grants and

Federal Funding

iscocozza@lindenps.org

(908) 486-2800 ext.8034

_____ Wrzesien

Drogi Rodzicu/Opiekunie:

Dystrykt Szkol Publicznych w Linden posiada Program o nazwie Title I (Tytułu I) zobowiązujący do dostarczenia dodatkowej pomocy tym uczniom, którzy zostali uznani za potrzebujących dodatkowej pomocy w nauce j. angielskiego oraz matematyki zgodnie z kryteriami wyznaczonymi przez dystrykt (zob. załącznik).

W oparciu o te kryteria dziecko Państwa zostało uznane za potrzebujące pomocy (w ramach ustawy Title I) w dziedzinie:

_____ j. Angielskiego

_____ Matematyki

Nauczyciel uczący w szkole objętej ustawą Title I, wysoko wykwalifikowany w nauczaniu j. angielskiego oraz matematyki, dostarczy dodatkowej pomocy Państwa dziecku w czasie zajęć z j. angielskiego oraz matematyki. Nauczyciel będzie współpracował z innymi nauczycielami w celu zapewnienia koordynacji i efektywności nauczania. W ten sposób postęp w nauce Państwa dziecka będzie na bieżąco monitorowany. Kiedy okaże się, że uczeń zrobił znaczny postęp w nauce, nauczyciel uczący w ramach ustawy Title I zawiadomi Państwa o jego wyjściu z programu (kryteria według których uczeń może opuścić program są w załączniku).

Podsumowując, otrzymacie Państwo list zapraszający na spotkanie z rodzicami na temat programu w ramach ustawy Title I (Tytułu I) i jego szczegółów. Zachęcamy Państwo do współpracy w rozwoju edukacyjnym dziecka. Współpraca ta może przyczynić się do tego, że obecny rok szkolny będzie bardzo udany i pełen sukcesów dla Państwa dziecka. Jeśli macie Państwo jakiegokolwiek pytania, prosimy o kontakt pod podany powyżej numer telefonu.

Szczerze oddana,
Isabella Scocozza
Dyrektor

(Prosimy o wypełnienie poniższej części i przekazanie do nauczyciela uczącego w programie Title I)

Oświadczam, że jestem świadomy, że moje dziecko będzie brało udział w programie uzupełniającym – Title I, w roku szkolnym: _____.

_____ Tak, akceptuję dodatkową pomoc.

_____ Nie, nie życzę sobie dodatkowej pomocy dla mojego dziecka

Podpis Rodzica/Opiekuna

Imię Ucznia

Nauczyciel Title I

Szkoła _____ Klasa _____

Wysoki poziom nauczania dla wszystkich