



Gifted Education Services (EXCEL)

Parent Referral Form (Grades 3-12)

Please Print

Student Name: _____ **Date of Birth:** _____

School: _____ **Grade:** _____ **Teacher:** _____

Parent(s)/Guardian(s) FULL Name: _____

Address: _____ **Phone:(H)** _____ **(C)** _____

email: _____ **email:** _____

Name of Person Initiating Referral _____

Has your child been formally identified as eligible to receive gifted services and participated in a gifted education program in another school division? Please Circle **Yes** **No**

If “Yes”, please complete the following information:

Name of School Division _____ **Name of School** _____

School Address _____ **School Phone** _____

Date of identification _____

Parent/Guardian: You are referring your child as a candidate for Winchester Public School’s Gifted Education Program. Before a decision can be made, additional assessment information may be needed. I understand that testing will be administered by personnel of the Winchester Public Schools in group and/or individual settings.

Please check:

_____ **I give permission to proceed with testing.**

_____ **I do NOT give permission to proceed with testing.**

Signature _____ **Date** _____

Please return this form to your child’s school.

To be completed by school office: Date received _____ Please forward to:

M.Dempsey- JKES (3-4) or J.Boula - CAO (5-12)



Servicios de Educación Especial (EXCEL)

Formulario para los padres de Referimiento (Grado 3-12)

Completar:

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Docente: _____

Nombre del/de los padre(s)/tutor(es): _____

Dirección residencial: _____ Teléfono:(C) _____

(M) _____

Correo electrónico del representante: _____

Nombre del a persona que lo refirió: _____

¿Ha sido su hijo diagnosticado formalmente como superdotado y ha participado antes en programas de educación especial en otros departamentos escolares? Encierre en un Circulo **Si** **No**

En caso de responder “Sí”, complete la siguiente información:

Nombre de la escuela/Departamento de Educación _____

Dirección _____ Teléfono _____

Fecha de identificación/diagnóstico _____

Padres o representantes: Usted está refiriendo a su hijo(a) como candidato para las evaluaciones de los servicios de educación para dotados. Para determinar si su hijo verdaderamente necesita de estos servicios, deberá recolectarse más información o realizarse otro tipo de evaluaciones. Usted entiende que las evaluaciones van a ser administradas por el personal de las Escuelas Publicas de Winchester en grupo o individualmente.

Por favor chequear:

_____ Yo autorizo proceder con las evaluaciones.

_____ Yo NO doy permiso para proceder con estas evaluaciones.

Firma _____ Fecha _____

Por favor regrese este formulario a la escuela de su hijo lo antes posible! Gracias!

To be completed by school office: Date received _____ Please forward to:

M.Dempsey- JKES (3-4) or J.Boula - CAO (5-12)