



Sharon Roberts, Ed. D.
 Coordinator
 Advanced Academic Services/UII
 Office: 956-323-5506 • Fax: 956-323-5537
 1201 Bryce Drive • Mission, Texas 78572-4399

ACCEPTANCE/DECLINE FORM
Programa de Aprendizaje Acelerado Forma de Aceptar/Rehusar

Name of Student:
Campus:

School Year
Grade:

Congratulations! Your child has met the criteria for being identified as gifted and talented in Mission C.I.S.D. and is eligible to participate in the Gifted and Talented/High Achiever (GT/HA) program. To place your child in the GT/HA Program, your permission is required so returning this signed form to the Advanced Academic Services Department is of utmost importance whether you are accepting or declining placement in the program. Your child will NOT be eligible to participate in the Gifted and Talented/High Achiever program until this form is returned. If you need further information, please do not hesitate to call (956)-323-5506.

¡Felicitaciones! Su niño(a) ha sido identificado(a) como dotado(a) y talentoso(a) por parte del Distrito Escolar de Mission, y tiene la oportunidad de participar en el Programa de Aprendizaje Acelerado del Distrito. Para colocar a su niño(a) en este programa, su permiso es obligatorio; por ello, favor de completar la forma y regrésela a la oficina del Programa de Aprendizaje Acelerado. Es importante que esta forma sea regresada aunque Usted acepte o rehúse colación en el programa. Su niño(a) NO será elegible para participar en el Programa de Aprendizaje Acelerado hasta que esta forma sea regresada. Si requiere más explicación, favor de comunicarse al (956)-323-5506.

PLEASE CHECK (✓) ONE OF THE FOLLOWING STATEMENTS:
POR FAVOR MARQUE (✓) UNA DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES:

_____ { I give permission for my child to participate in Mission CISD's Gifted and Talented Program.
Doy permiso para que mi niño(a) participe en el Programa de Aprendizaje Acelerado del Distrito Escolar de Mission.

_____ { I do not want my child to participate in Mission CISD's Gifted and Talented Program.
No deseo que mi niño(a) participe en el Programa de Aprendizaje Acelerado del Distrito Escolar de Mission.

 Parent's Signature/ Firma del padre

 Date/ Fecha

PLEASE RETURN THIS FORM BY _____.
POR FAVOR DE REGRESAR ESTA FORMA PARA EL _____.

It is the policy of the Mision CISD not to discriminate on the basis of sex, age, handicap, race, religion, color, or national origin in its educational program.
 Es póliza del Distrito Escolar de Mission el no discriminar por razones con base en sexo, edad, religion, raza, color, origen nacional, ni por discapacidad dentro de sus programas educacionales.