



СЕЙЛЕМ-КАЙЗЕРСКИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ШКОЛЫ
Департамент образовательных услуг
Дополнительные образовательные услуги

КОНТРАКТ С РОДИТЕЛЕМ/ОПЕКУНОМ НА РЕПЕТИТОРСТВО
2009-10

Фамилия учащегося: _____ Имя: _____
Второе имя: _____ Класс: _____
Школа: _____

Я выбираю, чтобы моего ребенка обучали по следующему предмету (**обведите одно**). Я понимаю, что школьный округ будет принимать решение по моему выбору, исходя из соответствия критериям.

Чтение **Математика** **Совершенствование английского языка**

Используя список поставщиков услуг, пожалуйста, выберите поставщиков услуг SES в порядке предпочтения:

1-ый выбор: _____

2-ой выбор: _____

Я понимаю, что:

1. Сейлем-Кайзерские государственные школы обязаны платить до **\$ 1,639.00** за выбранные мною услуги. Предоставление моему ребенку репетиторских услуг будет завершено после достижения этой суммы.
2. Если я захочу, чтобы мой ребенок продолжал получать услуги и далее после достижения этой суммы, я понимаю, что должен буду сам платить за услуги и должен буду заключить новый и отдельный контракт с поставщиком услуг.
3. Услуги на сумму **\$1,639.00** приблизительно эквивалентны _____ репетиторскому(им) занятию(ям) или около _____ недели(ям) репетиторства. (В соответствии со ставкой выбранного Вами поставщика услуг.)
4. Мой ребенок должен регулярно посещать занятия по программе. Если он будет отсутствовать более **5 раз**, то его могут исключить из программы.
5. Предоставление репетиторских услуг завершится **7 мая 2010 года** **или** тогда, когда мой ребенок использует сумму в **\$ 1,639.00**, выделенную на предоставление ему репетиторских услуг, **в зависимости от того, что наступит раньше.**

Я прочел и согласен с вышеизложенными условиями. Я даю разрешение поставщику услуг проверять ведомости академической успеваемости моего ребенка.

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____

Пожалуйста, напишите печатными буквами: _____

Телефон(ы) для контакта: _____

Вы хотели бы, чтобы переводчик связался с Вами? Да ____ Нет ____ Какой язык? _____

For Office Use Only (Заполняется работником офиса) Date Received _____ Student ID _____

Eligibility Determined Date:	Parent notification Provider / District	List sent Provider	GR	ELD MO RO MR
-------------------------------------	--	---------------------------	-----------	---------------------

Изложение основных задач школьного округа

При сотрудничестве с местным населением мы гарантируем, что каждый учащийся будет иметь необходимые знания, навыки и желание учиться в течение всей жизни и быть полноценным гражданином и продуктивным работником в быстро меняющемся и все более многообразном мире.