(Fecha)

Estimado Padre o Guardián Legal,

(Inserte el nombre del estudiante) participó en una evaluación universal para identificar las características de aprendizaje relacionadas con la dislexia el día (insertar la fecha). Esta Evaluación se administró para identificar a los estudiantes que pueden estar en riesgo de experimentar dificultades con las habilidades de lectura, según lo requerido por el Departamento de Educación de Indiana (IDOE). El evaluador universal ayuda a los educadores a enfocar las intervenciones en el aula y los enfoques de instrucción para ayudar a cubrir las necesidades de su estudiante.

Después de analizar los resultados del evaluador universal, se ha determinado que su estudiante puede estar “en riesgo” ó “en algún riesgo” para las características de aprendizaje de la dislexia. Con su consentimiento, a su estudiante se le hará una Evaluación Diagnóstica de Nivel I para las características de aprendizaje de la dislexia el día (insertar la fecha). Los resultados de este diagnóstico proporcionarán datos para determinar intervenciones y servicios específicos para apoyar a su estudiante y determinar si se necesitan pruebas adicionales. Por favor, firme y devuelva la parte inferior de esta carta para confirmar su consentimiento para que a su estudiante se le administre la Evaluación de Diagnóstico de Nivel I para las Características de Aprendizaje de la Dislexia.

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ *doy consentimiento* a mi estudiante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Firma) (Nombre del Niño)

para que participe en el Diagnóstico de Dislexia Nivel I.

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *me opongo* a que mi estudiante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Firma) (Nombre del Niño)

participe en el Diagnóstico de Dislexia Nivel I.