

Bolinas-Stinson Union School District

125 Olema-Bolinas Road

Bolinas, CA 94924

bolinas-stinson.org

Phone: 415 868 1603 Fax: 415 868 9406

Acuerdo de Estudio Independiente

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Maestro: _____

Duración: Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Este Contrato de Estudio Independiente está en efecto para el trimestre de otoño / invierno / primavera del año escolar _____. El alumno deberá completar las tareas indicadas a continuación para la duración de este Plan de Estudio Independiente. Las descripciones de las tareas y los métodos para evaluar el trabajo del estudiante se enumeran a continuación.

Asignaciones:	Calificación
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Padre/Tutor Acuerdo: Entiendo y expresamente acepto que:

- Mi hijo/hija y yo nos reuniremos con el maestro para entregar su tarea en nuestro regreso a la escuela.
- Soy responsable de la supervisión de mi hijo / hija mientras él / ella está participando en el Estudio Independiente. Voy a ofrecer instrucción y asistencia y un ambiente apropiado para el estudio.
- Entiendo que Bolinas-Stinson Escuela retendrá las muestras originales del trabajo para la documentación.

Hemos leído todos los puntos del Acuerdo de Estudio Independiente y que cumpliremos con todas las condiciones que se establecen en su interior.

Firma del Estudiante

Fecha

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Tras la recepción de las tareas del estudiante, el maestro lo calificará y firmará a continuación.

Firma del maestro

Fecha

Calificación total del trabajo