Sarah Drinkwater, Ph. D., Executive of School Services
14015 62nd Avenue NW Gig Harbor WA 98332
Peninsula 253-530-1081 253-5301085 fax drinkwaters@psd402.not

第二语言英语

成绩评估许可单

学生姓名	出生日期	性别	学校名称	所在年级

家长/监护人姓名	住址

学生的母语	住址电话号码	工作单位/紧急电话号码

配偶姓名(如适用)	住址电话号码	工作单位/紧急电话号码

你的孩子已经被介绍给 ELL 项目主管作评估, 以确定英语熟练程度. 本学区征求你的许可, 用**华州语言熟练程度测试 (WLPT-II)**来评估你的孩子的水平.

.....

你的签字表明对学生个人的评估和教育计划表示认可. 半岛学区的政策是让家长了解并介入学校对你的孩子所作的教育计划的推介.

如果同意, 评估结果和教育计划的建议将送达你处.

同意_____ 签名_____ 日期_____

不同意_____ 签名_____ 日期_____