



***Pruebas de detección para servicios altamente capacitados
Formulario de exclusión***

Que no queremos nuestro hijo (por favor escriba el nombre de su hijo): _____
para participar en las pruebas de detección de servicios altamente capaces. Entiendo que
estas evaluaciones son parte de los criterios requeridos para determinar la calificación para
servicios de alta capacidad.

Razón:

Nombre padre/guardián: _____

Firma: _____

Fecha: _____