

Referral for GT Screening/ Remisión de exploración de talentos sobresalientes (GT)



Student's name / *Nombre del estudiante*

Campus / *Escuela*

Student's birth date / *Fecha de nacimiento* (Month/Mes • Day/Día • Year/Año) Grade level / *Grado escolar*

Name of person nominating / *Nombre de la persona que lo propone* Relationship to student / *Relación con el estudiante*

Please state why you are nominating this student for gifted learner services.

Favor de indicar por qué propone a este estudiante para que reciba servicios para estudiantes con talentos sobresalientes.

Please give examples of specific behaviors or responses exhibited by this student that indicate he or she is in need of services for gifted learners.

Proporcione ejemplos de conductas o respuestas específicas que haya mostrado el estudiante y que indiquen que este estudiante debe recibir servicios para estudiantes con talentos sobresalientes.

Please forward this completed form to your Campus GT Facilitator (*usually the Assistant Principal*).
Favor de enviar esta solicitud al encargado del programa GT de su escuela (por lo general se trata del subdirector).

This form is to be turned in before Winter Break dismissal for spring testing or before the end of April for summer testing.
Esta solicitud deberá entregarse antes del inicio de las vacaciones de invierno para las evaluaciones de primavera y antes de que termine el mes de abril para las evaluaciones de verano.