



**Acuerdo con el padre o tutor sobre la enseñanza en el hogar o el hospital**

**Nombre del estudiante:**

**Fecha de nacimiento:**

**Grado:**

**Escuela:**

**Nombre del papá o la mamá:**

**Dirección del padre:**

**Teléfono del padre:**

**Dirección de correo electrónico del padre:**

Si mi estudiante es autorizado a recibir enseñanza en el hogar o el hospital, comprendo y acepto lo siguiente (coloque sus iniciales en cada uno de los siguientes términos):

\_\_\_ Ofreceré un entorno seguro y tranquilo para el estudiante y el maestro o proveedor de servicios en mi hogar. Esto incluye colocar a todos los animales en otro lugar, no fumar y minimizar las distracciones (apagar el televisor, etc.). Si la enseñanza es virtual, ofreceré un entorno tranquilo, sin distracciones y ruido ambiental, y hablaré con la escuela respecto de cualquier dispositivo tecnológico necesario para garantizar el acceso constante a Internet y la participación virtual.

\_\_\_ Yo, u otro adulto responsable, estaremos presentes con el estudiante y el maestro en todo momento.

\_\_\_ Me comunicaré honesta y respetuosamente con el maestro que enseñe en el hogar o el hospital y el equipo respectivo.

\_\_\_ Actualizaré todos los formularios si se produce algún cambio de médico de mi estudiante, enfermedad o plan de tratamiento.

\_\_\_ Otorgo permiso a los médicos y el personal de la escuela para a divulgar e intercambiar información y documentos con respecto a la enfermedad de mi estudiante y el programa educativo.



\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en que el manual y el código de conducta de Capital City se aplican a la enseñanza en el hogar o el hospital y durante el tiempo de enseñanza.

\_\_\_\_ Soy consciente y acepto que no todos los temas y contenidos pueden estar disponibles durante la enseñanza en el hogar o el hospital.

\_\_\_\_ Soy consciente y acepto que la enseñanza en el hogar o el hospital (que posiblemente incluya los estándares, la secuencia, los materiales o las tareas) puede no ser la misma que se imparte de manera regular en el salón de clases y la escuela del estudiante.

\_\_\_\_ Comprendo y acepto que la enseñanza en el hogar o el hospital debe volver a autorizarse **cada 60 días** o antes según si se producen cambios pertinentes en la salud de mi hijo(a).

*Si el estudiante se ausentará de la escuela de manera intermitente o esporádica:*

\_\_\_\_ Comprendo que la enseñanza en el hogar o el hospital solo se impartirá cuando se trate de ausencias médicas **justificadas** relacionadas con la enfermedad indicada en esta solicitud. Para que se justifique una ausencia, comprendo que debo seguir los procedimientos establecidos en el manual de la escuela.

\_\_\_\_ Comprendo que es posible que la enseñanza en el hogar o el hospital no se lleve a cabo el mismo día que mi estudiante está ausente, a menos que las ausencias se hayan planeado y programado con, por lo menos, tres semanas de anticipación. La enseñanza en el hogar o el hospital en el caso de ausencias inesperadas, periódicas o esporádicas se impartirá dentro de de dos semanas contadas a partir de la fecha de la ausencia justificada.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del padre o tutor**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**