



Dear Parent/Guardian:

Your child has been recommended to receive services from the English Learner (EL) Program. The goal of the English Learner Program is to increase English proficiency through evidence-based practices. The support children receive through the English Learner Program help them to be more successful in school. We encourage you to take advantage of these valuable services.

In order to provide EL services to a student, we need permission from a parent or guardian. We ask that you sign below and indicate whether or not you would like your child to participate in the EL program. Please know that if you allow your child to receive EL services now, you are welcome to change your mind at any time and remove him/her from the program by contacting the EL Coordinator Lisa Vann at 715-659-4642 ext. 2050.

If you have any questions or concerns, please feel free to contact us at the telephone numbers provided below. Thank you.

Lisa Vann
EL Coordinator
lvann@spencer.k12.wi.us

Any questions, contact: Lisa Vann 715-659-4642 ext 2050

EFFECTIVE SCHOOL YEAR: **SCHOOL:** School District of Spencer

RETURN TO YOUR CHILD'S SCHOOL OFFICE

Student's Name:	Proficiency Level:	Literacy Level
-----------------	--------------------	----------------

Assessment Given: WIDA Screener: _____ **ACCESS Test:** _____

_____ **YES**, I would like my child to participate in the English Learner Program.

_____ **NO**, I do not want my child to participate in the English Learner Program.

Parent/Guardian Signature

____/____/____
Date



Estimados Padres o Tutores:

Su hijo/hija se ha recomendado para recibir servicios del programa de aprender inglés (EL). La meta del programa EL es aumentar la competencia de inglés por prácticas basadas en la evidencia. El apoyo que los hijos reciben por el programa de EL ayuda a tener más éxito en la escuela. Nosotros nos animamos a aprovechar estos valiosos servicios.

Para proporcionar servicios de EL a un estudiante, necesitamos permiso de un padre o tutor. Nosotros pedimos que Ustedes firmen para recibir los servicios en el programa EL. Por favor, sepa que si usted permite que su hijo/hija reciba los servicios de EL ahora, hay oportunidades para cambiar los servicios en cualquier momento y quitarles del programa dentro de una llamada a la Coordinadora de EL. Mi número de teléfono es 715-659-4642 ext. 2050.

Favor de llamarme con preguntas y comentarios. Gracias.

Lisa Vann
Coordinadora de ELL
lvann@spencer.k12.wi.us

Otras preguntas: Lisa Vann 715-659-4642 ext 2050

AÑO ESCOLAR EFECTIVO: 2024-2025

ESCUELA: Spencer

FAVOR DE ENTREGARLO A LA OFICINA ESCOLAR DE SU HIJO/HIJA

Nombre del/de la Estudiante:	Nivel de Competente:	Notas de Alfabetización :
------------------------------	----------------------	---------------------------

Examen : WIDA Screener: _____ **ACCESS Test:** _____
_____ **SI**, yo quiero que mi hijo/hija participe en el programa de aprender en el programa de inglés.

_____ **NO**, no quiero que mi hijo/hija participe en el programa de aprender en el programa de inglés.

Firma de Padre o Tutor

____/____/_____
Fecha