



BASTROP INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
Student Referral for Gifted and Talented Program

STUDENT'S NAME	AGE	GRADE	CAMPUS/TEACHER
BIRTH DATE	GENDER	STUDENT ID#	
STREET ADDRESS	CITY	STATE / ZIP	
PHONE NUMBER	PERSON MAKING REFERRAL	HOME LANGUAGE	

Why do you think this student qualifies for the gifted program? What special characteristics does he/she exhibit?

If a parent or guardian is making the referral, please check the box and sign below.

☐ Yes, I give my permission for you to assess my child for Gifted and Talented services. I realize that this referral alone does not mean that this student will be accepted into the program. This referral only indicates that I would like for the above-named student to be considered as a possible candidate.

☐ If my child shows a need for GT services by meeting the criteria, I give my permission for my child to participate in the program.

Date: _____

Parent Signature: _____



DISTRITO ESCOLAR DE BASTROP
Nominación del estudiante para el Programa de G/T

_____	_____	_____	_____
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	EDAD	GRADO	ESCUELA/MAESTRO(A)
_____	_____	_____	
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	NUMERO DE IDENTIFICACION	
_____	_____	_____	
DIRECCION	CIUDAD	CODIGO POSTAL	
_____	_____	_____	
TELÉFONO DE CASA	RELACIÓN AL ESTUDIANTE	IDIOMA PRIMARIO DEL ESTUDIANTE	

¿Por qué cree usted que este estudiante está calificado para el programa avanzado (G/T)? ¿Qué características especiales exhibe esta persona?

Si el padre está haciendo la referencia, por favor marque la casilla y firme abajo.

- ☐ Sí, doy mi permiso para que evalúen a mi hijo para los servicios de Dotados y Talentosos. Soy consciente de que esta referencia por sí sola no significa que este estudiante vaya a ser aceptado en el programa. Esta remisión sólo indica que me gustaría que el estudiante arriba mencionado fuera considerado como posible candidato.
- ☐ Si mi hijo muestra la necesidad de recibir servicios GT al cumplir con los criterios, doy mi permiso para que participe en el programa.
- ☐ Si mi hijo cumple los criterios que indican que necesita servicios de educación para alumnos superdotados, doy mi consentimiento para que participe en el programa.

Fecha: _____ Firma del padre: _____