

Dear Parent or Guardian,

We are pleased to inform you that your child is eligible to participate in an innovative program that provides high-quality tutoring to children in **SETTING NAME HERE** run by **TUTORING PROGRAM NAME HERE**, a nonprofit organization. Our goal is to help your child develop the skills and confidence to succeed.

How does this program work? Your child will work with a tutor to master core academic skills and develop better study habits in **CONTENT AREA**. We estimate that tutors will spend roughly **X** hours per week with your child, though nearly all of that time will be during school hours.

We will work with the teachers and administrators at **SCHOOL NAME HERE** to create a climate that encourages and values learning and academic success. However, we also need the support of parents like you. We hope that you will work alongside your child's tutor by encouraging your child to take advantage of the many resources that will be made available. Your participation is crucial to your child's success!

In order to get started, we are requesting your permission to work with your child over the next year. **TUTORING PROGRAM NAME HERE**'s services come at NO COST to you or your child. Though your decision to approve your child's participation is entirely voluntary, we want to stress that the benefits of participation can include:

- Improved performance on standardized tests
- Improved study habits
- Greater academic confidence
- Increased likelihood of enrolling in AP courses
- Increased likelihood of graduating from high school on time
- Increased likelihood of enrolling in college

By signing this consent form, you are not waiving any legal rights. You are simply giving the program permission to work with your child and gather the information we need to best meet your child's needs. This information includes:

- Access to your child's student identification number
- Access to your child's grades and academic transcripts

We want to stress that ALL information will be kept strictly confidential. Your child's test scores, grades, student identification number, and responses to our questionnaire will NOT be made available to anyone outside of the tutoring program. Also, should you change your mind and decide that you do not want us to work with and collect information about your child, you may withdraw your child from the program at any time without penalty.

Should you have any questions, please contact **NAME HERE**, CEO of **TUTORING PROGRAM NAME HERE**, at **EMAIL ADDRESS HERE**.

By signing this form, you are indicating that you agree to allow your child to participate in the tutoring program, and you agree to allow the program to obtain the above information about your child. The signed copy can be given to your child, who will return it to the **TUTORING PROGRAM NAME HERE** staff. Please keep a copy of this document for your files.

Yes, I allow my child to participate.

No, I refuse for my child to participate.

Signature of Parent/Legal Guardian

Date

Printed Parent/Legal Guardian Name

Name of Child

Estimados madres y padres de familia y guardianas,

Nos complace anunciarles que su hijo o hija puede participar en una organización innovador sin fines de lucro que proviene tutoría rigurosa a alumnos y alumnas en las escuelas públicas de la ciudad de **NOMBRE DE LA CIUDAD**. Nuestra meta es ayudar a su hijo o hija a desarrollar las destrezas y confianza necesaria para lograr éxito.

¿Cómo funciona **NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN** ? Su hijo o hija, trabajará con un profesor asistente para alcanzar maestría de habilidades académicas centrales y desarrollar hábitos de estudio mejores. Su hijo o hija recibirá **X** horas de tutoría por semana.

Creemos que este esfuerzo colectivo entre la escuela, la organización de tutoría, Ustedes, y su hijo o hija asegurar el éxito de su hijo o hija y estamos muy emocionados para trabajar con ustedes durante el año lectivo. Sin embargo, este éxito no será posible sin el apoyo de padres y madres de familia como ustedes. Esperamos que ustedes trabajen en conjunto con nosotros, alentando a su hijo o hija para tomar ventaja de los muchos recursos que estarán disponibles para él/ella.

Para empezar, estamos pidiendo su permiso para trabajar con su hijo o hija durante el año escolar. Recibimos fondos privados y sus servicios no tienen **ningún costo** para ustedes. Aunque la participación de su hijo o hija no sea obligatoria, quisiéramos reforzar los beneficios de participación que han sido incluidas en el pasado:

- Mejor rendimiento en los exámenes del estado de matemáticas y/o el examen
- Mejores hábitos de estudio
- Más confianza académico
- Mayor probabilidad de inscribir en cursos de alto nivelación (en inglés, Advanced Placement)
- Mayor probabilidad de graduarse de la secundaria a tiempo
- Mayor probabilidad de inscribirse en la universidad

Por firmar esta forma de consentimiento, no se está perdiendo ningún derecho legal. Solo le está dando permiso **a la organización** para trabajar con su hijo o hija y para acumular la información que necesitemos para trabajar mejor con su hijo o hija. Esta información incluye:

- Acceso al número identificación de su hijo o hija
- Acceso a las notas y expedientes académicos de su hijo o hija

Quisiéramos reforzar que TODA FORMA de información será totalmente confidencial. Las notas de examen de su hijo o hija, tanto como sus notas finales, su número de identificación, y sus respuestas a nuestro cuestionario NO se dispondrán a ninguna persona afuera del equipo. También, si Ud. cambia de idea y decide que no quiere que coleccionemos información sobre su hijo o hija, Ud. puede retirar su hijo o hija en cualquier momento sin consecuencia.

Si usted tiene cualquier pregunta, puede contactar a **NOMBRE**, Director Ejecutivo de **NOMBRE DE ORGANIZACIÓN**, en **EMAIL**.

Sí, doy permiso a mi hijo o hija para participar No, no doy permiso a mi hijo o hija para participar

Firma de padre, madre de familia
o guardiana legal

Fecha

Nombre de padre, madre de familia
o guardiana legal

Nombre de hijo o hija