



Complete este formulario y devuélvalo al director de la escuela dentro de (4) cuatro días escolares.

Usar letra imprenta	Estudiante			Escuela	
	Padre(s) o apoderado(s)			Número de identificación	
	Dirección				
	Teléfono diurno				
	Teléfono nocturno				

Yo/nosotros deseamos apelar la recomendación de suspension por parte de la administración escolar en relación al estudiante antedicho.

Marque Uno:

- Mi hijo(a) y yo sostenemos que **no es** culpable.
 Mi hijo(a) y yo admitimos que **es** culpable. Sin embargo, no creemos que una suspensión a largo plazo sea el castigo adecuado.

Anote todos los testigos a quienes el estudiante/padre llamará durante la audiencia.

**Para efectos de este proceso de audiencia: Un testigo es la persona llamada a declarar en relación a la información directamente relevante sobre le incidente que ameritó la recomendación de suspensión.*

- ▶ *Es la responsabilidad del padre(s)/ apoderado de asegurarse que los testigos estén presente en la audiencia.*
- ▶ *Si el testigo es un estudiante, este debe presentar un permiso escrito de sus padres*

- 1) _____
 2) _____
 3) _____

Nombre un maestro que usted y su hijo(a) deseen que integre el panel de la audiencia. Nombre a un maestro alternativo en caso de que el primer maestro no pueda participar. Si ninguno de ellos puede participar, la escuela le solicitara que nombre a un maestro adicional.

No tenemos preferencia por algún maestro, y autorizamos a que la escuela escoja uno como integrante del panel.

(Primera elección)		(Segunda elección)	
--------------------	--	--------------------	--

Si en la audiencia estará presente un abogado o defensor se deberá notificar de ello al director de la escuela con tres (3) días escolar de anticipo.

Abogado/Defensor (*Marque cual de los dos*) _____ Número telefónico _____

Firma del padre/ apoderado _____ Fecha _____

Firma de estudiante _____ Fecha _____

NOTA: El estudiante puede atender la audiencia escolar mientras que este con su padre/ madre/ apederado.

School Use	Administrator Presenting		Received form on	/ /	
	Processed or referred this school year for Student Support Team (SST) or Special Education: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
	Is a translator needed for the parent/student? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, what language:			# of <u>school</u> witnesses	
	Faxed to SDP on	/ /	Notified Parent of date/time of hearing on	/ /	

SDP Use	Hearing date/time provided to		Notified on	/ /
	Hearing schedule for	/ / @	Due Process Officer	