



**ELA Department**

15751 E. First Ave.  
Aurora, CO 80011

Phone  
303-340-0859

FAX  
303-326-1966

Web  
[www.aps.k12.co.us](http://www.aps.k12.co.us)

**DECLARACIÓN DE LOS PADRES INDICANDO QUE RECHAZAN LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA ELA (“ENGLISH LANGUAGE ACQUISITION”)**

Fecha\_\_\_\_\_

A quien corresponda:

Tengo por entendido que se ha determinado que mi hijo o hija, (nombre)\_\_\_\_\_, cuya fecha de nacimiento es (mes/día/año) \_\_\_\_\_, necesita el apoyo del programa ELA (English Language Acquisition), cuyos servicios los proporciona el departamento de las Escuelas Públicas de Aurora llamado “ELA Department”, de acuerdo con leyes federales y estatales. Afirmo que el maestro del programa ELA en la escuela de mi hijo o hija, o/y el director del programa ELA, me ha explicado enteramente el programa ELA y sus componentes. Afirmo que mi hijo o hija tiene derecho a los servicios que proporciona este programa, pero sin embargo, he decidido no tomar ventaja de este programa. No responsabilizaré a las Escuelas Públicas de Aurora o sus maestros por cualquier fracaso que tenga mi hijo o hija en materias escolares, y el posible incumplimiento de parte de mi hijo o hija de los requisitos necesarios para ser promovido o promovida a otro grado, o para graduarse, o para obtener asistencia federal o estatal, que podrían resultar por no participar en este programa.

Firma del padre/madre o tutor

\_\_\_\_\_

Firma del maestro del programa ELA

\_\_\_\_\_

Firma del director del plantel escolar

\_\_\_\_\_

Firma del director del departamento ELA

\_\_\_\_\_