



School: _____

**Santa Ana Unified School District
W.I.N. "What I Need" - Attendance Recovery Program – Saturday School**

Parent/Guardian of _____

Santa Ana Unified School District is continuing a wonderful program for our students called W.I.N. "What I Need" Attendance Recovery Program - Saturday School. W.I.N. provides learning opportunities for all students while allowing our students to make-up missed days of attendance. Missed days of school also result in lost revenue to our district. W.I.N. Attendance Recovery Program - Saturday School allows us to recover lost learning as well as lost funding.

The W.I.N. Attendance Recovery Program - Saturday School session will be held on Saturday, 2/5/22, from 8:15 a.m. to 12:30 p.m. Students should arrive on time and are expected to cooperate and follow all regular school rules including dress code.

Your child's attendance history indicates that he/she has one or more absences and therefore would benefit from the W.I.N. Attendance Recovery Program - Saturday School. Your student is invited to attend the Saturday session. The W.I.N. Attendance Recovery Program - Saturday School will offer a meal to all students who attend. Transportation will not be provided. Please make arrangements to pick up your child no later than 12:30 p.m.

We look forward to seeing your child at the above session date, and I thank you in advance for your continued support and cooperation in making your child's academic career a priority.

Sincerely,
Mr. Perez

PLEASE RETURN THE SECTION BELOW TO THE ATTENDANCE OFFICE

W.I.N. - "WHAT I NEED"- ATTENDANCE RECOVERY PROGRAM – SATURDAY SCHOOL

Name of student: _____ Student ID: _____ Grade: _____ Teacher: _____

My signature below indicates that I give my child permission to attend the W.I.N. Attendance Recovery Program - Saturday School session on Saturday, _____ at _____ (School)

Please provide lunch for my child: YES NO My child has permission to walk home: YES NO

My child has specific health/food allergy concerns that are on file with Nutrition Services: YES NO

If yes, please provide a brief description: _____

My child has a documented medical condition on file at school: YES NO

If yes, please describe the health need: _____

If your child has an allergy and this letter is not turned in by the deadline, you must send a lunch with your child.

Parent Signature

Phone Number

ESCUELA: _____



Distrito Escolar Unificado de Santa Ana

W.I.N. "What I Need" ("Lo Que Yo Necesito") - Programa de Recuperación de Asistencia – Clases en Sábados

Padre o Tutor de _____,

El Distrito Escolar Unificado de Santa Ana continúa llevando a cabo un programa maravilloso para nuestros alumnos llamado W.I.N. "What I Need" ("Lo Que Yo Necesito") - Programa de Recuperación de Asistencia – Clases en Sábados. W.I.N. provee oportunidades de aprendizaje para todos los alumnos mientras que les permite recuperar los días de asistencia perdidos. Los días de ausencia de la escuela también resultan en pérdida de ingresos para nuestro distrito. W.I.N. - Programa de Recuperación de Asistencia – Clases en Sábados, nos permite recuperar tanto aprendizaje perdido como así también ingresos perdidos.

La sesión de W.I.N. – Programa de Recuperación de Asistencia – Clases en Sábados, se llevará a cabo el sábado _____/2/5/22_____ de 8:15 a.m. a 12:30 p.m. Los alumnos deberán llegar a tiempo y se espera que colaboren y cumplan con todas las _____ reglas de la escuela incluyendo el código de vestimenta.

El historial de asistencia de su hijo/a muestra que él/ella tiene uno o más faltas y por lo tanto se beneficiaría con el W.I.N. - Programa de Recuperación de Asistencia – Clases en Sábados. Su hijo/a está invitado/a a asistir a la sesión del sábado _____ El W.I.N. - Programa de Recuperación de Asistencia – Clases en Sábados ofrecerá una comida a todos los alumnos que asistan.

No se ofrecerá servicio de transporte. Por favor haga arreglos para recoger a su hijo/a más tardar a las 12:30 p.m.

Estamos deseosos de ver a su hijo/a en la sesión antes mencionada, y le agradecemos de antemano por su cooperación y apoyo permanente al hacer de la carrera académica de su hijo/a una prioridad.

Atentamente,
Director(a)

POR FAVOR DEVUELVA LA SECCIÓN DE ABAJO A LA OFICINA DE ASISTENCIA



W.I.N. "LO QUE YO NECESITO" - PROGRAMA DE RECUPERACIÓN DE ASISTENCIA – CLASES EN SÁBADOS

Nombre del/la alumno/a: _____ Número de alumno/a: _____ Grado: _____
Maestro/a: _____

Mi firma a continuación indica que doy permiso a mi hijo para que asista a la sesión de W.I.N. - Programa de Recuperación de Asistencia – Clases en Sábados, el sábado _____ a las _____ (Escuela)

Por favor proporcione almuerzo a mi hijo/a: SÍ NO Mi hijo/a tiene permiso para caminar hasta la casa: SÍ NO

Mi hijo tiene problemas específicos de salud/alergia alimentaria, cuya documentación se encuentra archivada en Servicios de Nutrición: SÍ NO

En caso afirmativo, facilite una breve descripción: _____

Mi hijo tiene una condición médica documentada en el archivo de la escuela: SÍ NO

En caso afirmativo, describa la necesidad médica: _____

Si su hijo tiene una alergia y esta carta no se devuelve antes de la fecha límite, deberá enviar un almuerzo con su hijo.

Firma del Padre o Tutor

Número Telefónico