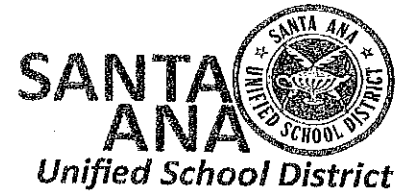


School: _____



W.I.N.

"What I Need" - Attendance Recovery Program - Saturday School

Parent/Guardian of: _____,

Your school 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 next W.I.N. session will be held on Saturday, _____ 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. Your child is invited to attend the _____ Saturday session. The W.I.N. Attendance Recovery Program 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,

Principal

PLEASE RETURN THE SECTION BELOW TO THE ATTENDANCE OFFICE TOMORROW!

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

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

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 my School.

Please provide a 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

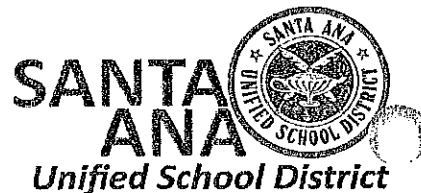
(If yes, please provide a brief description) _____

My child has a documented medical condition **on file** at school. Please describe the health need:

If your student has an allergy and this letter is not turned in by the Tuesday deadline, you must send a lunch with them, a special meal will NOT be provided

Parent Signature: _____ Phone Number: _____

School: _____



W.I.N.

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

Padre o Tutor de _____

Su escuela está continuando para nuestros alumnos un programa maravilloso 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 nos permite recuperar aprendizaje perdido como así también ingresos perdidos.

La próxima sesión W.I.N. se llevará a cabo el sábado _____ de 8:15 a.m. a 12:30 p.m. Los alumnos deberán llegar a tiempo y se espera que colaboren y cumplan con las reglas regulares de la escuela incluyendo el código de vestimenta.

El historial de su hijo/a muestra que él/ella tiene uno o mas faltas y por lo tanto se beneficiaría con el W.I.N. - Programa de Recuperación de Asistencia. Su estudiante está invitado/a a asistir a la sesión del sábado _____. El W.I.N. - Programa de Recuperación de Asistencia 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 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 MAÑANA

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

Nombre del alumno: _____ Número de alumno: _____ Grado: _____

Mi firma a continuación indica que doy mi autorización para que mi hijo/a asista a la sesión del W.I.N. - Programa de Recuperación de Asistencia - Clases en Sábados el sábado _____ en mi Escuela.

Por favor proporcione un almuerzo para mi hijo/a: ___ Sí ___ NO

Mi hijo/a está autorizado/a a regresar caminando: ___ Sí ___ NO

Mi hijo/a tiene problemas médicos y/o alergias a comidas específicos que se encuentran registrados en el archivo del servicios de nutrición: ___ Sí ___ NO

(Si contestó que Sí, explique porqué): _____

Mi hijo/a tiene una afección médica registrada en los archivos de la escuela. Por favor describa las necesidades de su hijo/a con respecto a su salud: _____

Si su hijo tiene alergia a algún alimento y esta carta no es devuelta antes de la fecha límite del martes, usted deberá enviar un almuerzo con ellos, NO se proporcionará comida especial

Firma del Padre: _____

Número Telefónico: _____