

Grand County School District
Alternative Language Services (ALS) Program

Student: _____ School: _____ Date: _____

Dear Parent/Guardian:

Your child _____ has met the requirements to exit the Alternative Language Services (ALS) Program. He/She has demonstrated proficiency in the English language. He/She will be monitored for two years after the exit date.

In the event that your child needs additional support, a team of educators will determine a plan of action that will best support your child. All options will be considered, including returning your child to Alternative Language Services, if needed.

If you have any questions please contact Arlajean Paskett at 719-4813.

Sincerely,

Arlajean Paskett
ALS Director
505 MiVida Dr. Moab, Utah
pasketta@grandschools.org

DISTRICTO DE LA ESCUELA DE GRAND COUNTY

Programa alternativo de los servicios lingüísticos (ALS)

Estudiante: _____ Escuela: _____ Fecha: _____

Estimados Padres:

Su hijo/hija _____ ha cumplido requisitos para salir del programa alternativo de los servicios lingüísticos (ALS). El/Ella ha demostrado habilidad en la lengua inglesa. El/Ella será supervisado por dos años después de la fecha de la salida.

En el evento que su niño necesita ayuda adicional un grupo de educadores determinará un plan de la acción que apoye lo mejor posible a su niño. Todas las opciones serán consideradas incluyendo el regreso de su hijo a los servicios de Lenguaje si es necesario.

Si usted tenga cualquier pregunta favor de contactarme Arlajean Paskett al 719-4813.

Sinceramente,

Arlajean Paskett

Director del plan de estudios de ALS

505 MiVida Dr. Moab, Utah

pasketta@grandschools.org