



Santiago Christian School
2015-16
Evaluación del Profesor
(Grados 2^{do} al 12^{vo})

Nombre del Estudiante: _____ **Grado al que aplica:** _____

El estudiante nombrado arriba ha aplicado para ser admitido(a) en Santiago Christian School. Favor de completar el siguiente formulario y devolverlo directamente a la escuela por correo o por fax. Marque una calificación para cada área. Gracias por su ayuda.

Si usted desea hablar del estudiante personalmente en vez de llenar este formulario, por favor marque aquí. Firme este formulario y escriba su número telefónico y el Director le contactará.

Áreas por Evaluar	Pobre	Regular	Bueno	Excelente
Habilidad Académica				
Rendimiento Académico				
Motivación				
Comportamiento/ Conducta				
Relación con sus compañeros				
Reacción ante la autoridad de los adultos				

¿Hace que tiempo usted conoce a este estudiante? _____

¿El estudiante tiene alguna limitación significativa (física, social o emocional)? Si No

De ser así, por favor explique: _____

¿El estudiante se encuentra en buen estado o apto para regresar de nuevo a su colegio el próximo año?

Si No Si no, ¿por qué? _____

¿Ha tenido la dirección que intervenir a causa del mal comportamiento del estudiante? Si No

De ser así, por favor explique: _____

¿Como usted clasificaría la participación o interés de los padres en la educación de su hijo? (seleccione uno)

Mucho Apoyo Apoyo en general Apoyo con poca frecuencia Desinteresados No hay comunicación

Por favor escriba una breve descripción de las habilidades académicas y de comportamiento del estudiante.

Nombre: _____

Nombre del colegio: _____

Firma y Cargo: _____

Fecha: _____

Favor enviar a:
Sonia Burnett, Coordinadora de Admisiones
809-570-6145 (fax)
admissions@scs.edu.do