

# Referral for GT Screening/ Remisión de exploración de talentos sobresalientes (GT)



---

Student's name / *Nombre del estudiante*

---

Campus / *Escuela*

---

Student's birth date / *Fecha de nacimiento* (Month/Mes • Day/Día • Year/Año)      Grade level / *Grado escolar*

---

Name of person nominating / *Nombre de la persona que lo propone*      Relationship to student / *Relación con el estudiante*

**Please state why you are nominating this student for gifted learner services.**

*Favor de indicar por qué propone a este estudiante para que reciba servicios para estudiantes con talentos sobresalientes.*

---

---

---

---

---

---

---

---

**Please give examples of specific behaviors or responses exhibited by this student that indicate he or she is in need of services for gifted learners.**

*Proporcione ejemplos de conductas o respuestas específicas que haya mostrado el estudiante y que indiquen que este estudiante debe recibir servicios para estudiantes con talentos sobresalientes.*

---

---

---

---

---

---

---

---

**Please forward this completed form to your Campus GT Facilitator (usually the Assistant Principal).**  
*Favor de enviar esta solicitud al encargado del programa GT de su escuela (por lo general se trata del subdirector).*

**This form is to be turned in before Winter Break dismissal for spring testing or before the end of April for summer testing.**  
*Esta solicitud deberá entregarse antes del inicio de las vacaciones de invierno para las evaluaciones de primavera y antes de que termine el mes de abril para las evaluaciones de verano.*