



College of Education & Human Development

DELAWARE CENTER FOR TEACHER EDUCATION
OFFICE OF CLINICAL STUDIES

200 Academy Street, Suite 103
Newark, DE 19716
Phone: 302-831-6778
Fax: 302-831-3137
Email: clinicalstudies@udel.edu

Estimado Padre/Encargado,

Soy un maestro practicante/estudiante en un programa de formación docente en la Universidad de Delaware, y estoy trabajando en el aula de su hijo este semestre. Como parte de mi preparación profesional, estoy obligado a fotografiar y/o digitalmente grabar algunas de mis lecciones y enviar muestras de trabajos de alumnos. El enfoque principal de las grabaciones será en mi instrucción, pero su hijo puede aparecer en las fotografías, videos o grabaciones de audio de mis lecciones. Estoy pidiendo su permiso para usar estos materiales para los siguientes propósitos.

- Videos de desarrollo profesional. Su autorización me permite compartir y revisar los videos con mi maestro de la clase, los profesores, y el personal de la Universidad, y otros maestros de los estudiantes para reflexionar sobre mis lecciones y desarrollar continuamente mis habilidades de enseñanza.
Análisis de trabajos de estudiantes. Como parte de una asignación, puedo enviar muestras de trabajos de alumnos a la facultad y personal de la Universidad, y eso puede incluir el trabajo de su hijo. Todo apellido de los estudiantes serán retirados de los materiales antes que sean parte de una presentación.
Evaluación del desempeño. Algunos estados requieren que los candidatos de maestros pasen una evaluación de rendimiento nacional normalizado con el fin de obtener la certificación de maestros. La evaluación del desempeño es calificada por los colaboradores crítico de el comité de certificados. Este proceso puede exigir el envío de videos y cualquier trabajo de lecciones terminado por los alumnos para la evaluación completa del desempeño .

Este formulario se utilizará para documentar su permiso para estas actividades. Aprecio mucho su apoyo. Sinceramente,

UD Estudiante

Fecha

Terri Villa, Subgerente Oficina de Estudios Clínicos

Para los Padres/Encargado

ME DAN PERMISO para incluir la imagen de mi hijo en las fotografías y/o videos, y utilizar el trabajo de mi hijo como se describe anteriormente.

NO DOY PERMISO para incluir la imagen de mi hijo en las fotografías y/o videos, o para usar la obra de mi hijo.

Firma Del Padre/Encargado Fecha

Nombre del padre/Encargado Fecha