

**VERNON ISD GIFTED PROGRAM**  
**PARENT/COMMUNITY NOMINATION FORM**

NAME OF NOMINEE: \_\_\_\_\_ GRADE: \_\_\_\_\_

DATE OF NOMINATION: \_\_\_\_\_ NOMINEE'S DATE OF BIRTH: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

STUDENT'S HOMEROOM TEACHERS \_\_\_\_\_

STUDENT'S MAILING ADDRESS \_\_\_\_\_

STUDENT'S HOME PHONE NUMBER \_\_\_\_\_

PERSON MAKING NOMINATION: \_\_\_\_\_

RELATIONSHIP TO NOMINEE: \_\_\_\_\_  
(Parent, friend, other relative, etc.)

REASON FOR NOMINATION: (Briefly describe why you feel this nominee should be considered for selection in the G/T program.)

**Envíe este formulario al consejero escolar del candidato antes del 14 de diciembre de 2017.**

**Vernon Académicos Avanzados**  
**(GT) forma de Nominación**

Nombre del candidate \_\_\_\_\_

Grado del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de la maestra \_\_\_\_\_

Dirección del estudiante \_\_\_\_\_

Nobre del teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de la persona hacienda la nominación \_\_\_\_\_

Relación al candidate \_\_\_\_\_

LA RAZON DE LA NOMINACION: Describa brevemente porque siente que este nominado debe ser considerado para ser seleccionado para el Programa G/T.

**Envíe este formulario al consejero escolar del candidato antes del 14 de diciembre de 2017.**