



**FALLBROOK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
INDEPENDENT STUDY MASTER AGREEMENT**

Student Name:		Student ID #:		Grade:
Address:			Birthdate:	
School of Enrollment:				
Parent/Guardian/Caregiver Name:			Phone Number:	
Email Address:			Alternate Phone Number:	
District-Issued Device (Y/N):		District-Issued Hotspot (Y/ N):		
Duration of Agreement (not to exceed one school year):		Beginning Date:	Ending Date:	
Potential Days of Credit to be Earned:				

Pre-enrollment Conference (if requested): Date: _____ Time: _____ Place: _____

Objectives, Methods of Study, Methods of Evaluation, and Resources: We understand that the student is to complete the subjects/courses listed below, and that subject/course objectives reflect the curriculum adopted by the district's governing board and are consistent with district standards, as outlined in the district's subject/course descriptions. The teacher or teachers will evaluate submitted work and assign a letter grade or credit. The school will provide a chromebook and hotspot device (if needed) to access online resources and activities.

Subject	Assignment/Objective	Resources	Teacher	% Complete

Reporting: We understand that students are required to report to their teacher(s) as scheduled.

Manner of Reporting: _____ Frequency: _____

Day: _____ Time: _____ Place: _____

Assignments: We understand that, according to district policy, the maximum length of time allowed between the assignment and the date the assignment is due is _____. After _____ missed assignments, an evaluation will be made to determine whether Independent Study is an appropriate strategy for this student.

Academic Progress: We understand that teachers are required to report and communicate the student's academic progress. If the student falls below the level of satisfactory educational progress noted below, an evaluation will be

conducted to determine whether the student should remain in Independent Study or return to the regular school program.

Manner of Reporting: _____ Time: _____ Frequency: _____ Place: _____

Manner of Communicating: _____ Time: _____ Frequency: _____ Place: _____

Level of Satisfactory Educational Progress: _____

Academic and Other Supports: We understand that support will be provided to meet the academic or other needs of this student as noted below.

Need/Concern	Support/Resources Provided	Responsible Person(s)
Academic		
English Language Development		
Exceptional Needs/504 Plan		
Foster/Homeless		
Social-Emotional/Mental Health		
Other		

Voluntary Statement: We understand that Independent Study is an optional educational alternative that students voluntarily select, including students covered under California Education Code sections 48915 and 48917. All students who choose Independent Study must be offered the alternative of classroom instruction, and they must have the continuing option of returning to the classroom.

Quality and Quantity; Rights and Privileges; Resources and Services: The Independent Study option is to be substantially equivalent in quality and quantity to classroom instruction. Students who choose to engage in Independent Study are to have equality of rights and privileges with the same access to existing services and resources as students in the regular school program.

Signatures and Dates: We have read and understand the terms of this agreement and agree to all the provisions.

Student:	Date:
Parent/Guardian/Caregiver:	Date:
Supervising Teacher:	Date:
Other Responsible Person(s):	Date:
	Date:

This agreement must be signed by all parties before the beginning date of Independent Study (for 2021-2022 only, no later than 30 days after the first day of instruction).

This section is to be completed after receiving the student's work

Teacher's Certification Signature: _____ Date: _____

Principal's Review Signature: _____ Date: _____



**FALLBROOK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
ACUERDO MAESTRO DE ESTUDIO INDEPENDIENTE**

Nombre del estudiante:		# de ID del estudiante:	Grado:
Dirección:		Fecha de nacimiento:	
Escuela de inscripción/colocación de programa:			
Nombre del padre/tutor/cuidador de niños:		Número de teléfono:	
Correo electrónico:		Nº de teléfono alternativo:	
Equipo electrónico distribuido por el distrito (S/N):		Hotspot móvil distribuido por el distrito (S/ N):	
Duración del acuerdo (sin exceder el año escolar):		Fecha de inicio:	Fecha final:
Posibles días de crédito a ganar:			

Conferencia de preinscripción (si se solicita): Fecha: _____ Horario: _____ Ubicación: _____

Objetivos, métodos de estudio, métodos de evaluación y recursos: Nosotros entendemos que el estudiante debe completar las materias / cursos enumerados a continuación, y que los objetivos de la materia / curso reflejan el plan de estudios adoptado por la mesa directiva del distrito y que sean consistentes con los estándares del distrito, como se describe en los temas del distrito / descripciones de los cursos del distrito. El maestro o los maestros evaluarán el trabajo entregado y asignarán una calificación o crédito. La escuela proporcionará un Chromebook y un dispositivo de punto de acceso (si es necesario) para acceder a recursos y actividades en línea.

Materia	Asignación/Objetivo	Recursos	Teacher	% Completo

Informes: Entendemos que a los estudiantes se les requiere informar a sus maestros según lo programado.

Forma de informar: _____ Frecuencia: _____

Día: _____ Horario: _____ Ubicación: _____

Asignaciones (tareas/trabajos): Entendemos que, de acuerdo con la póliza del distrito, la duración del tiempo máximo permitido entre la tarea/trabajo y la fecha de vencimiento de la asignación es _____. Después de _____ asignaciones pérdidas, se hará una evaluación para determinar si el estudio independiente es una estrategia apropiada para este estudiante.

Progreso académico: Nosotros entendemos que a los maestros se les requiere informar y comunicar el progreso académico del estudiante. Si el estudiante cae por debajo del nivel de progreso educativo satisfactorio que se indica a continuación, se llevará a cabo una evaluación para determinar si el estudiante debe permanecer en el estudio independiente o regresar al programa escolar normal.

Forma de reportar: _____ Horario: _____ Frecuencia: _____ Ubicación: _____

Forma de comunicarse: _____ Horario: _____ Frecuencia: _____ Ubicación: _____

Nivel de progreso educativo satisfactorio: _____

Apoyos académicos y de otro tipo: Nosotros entendemos que se proporcionará apoyo para satisfacer las necesidades académicas o de otro tipo de este estudiante, como se indica a continuación.

Necesidad/Inquietud	Apoyo/Recursos proporcionados	Persona(s) responsable(s)
Académico		
Desarrollo del idioma inglés		
Necesidades excepcionales / Plan 504		
Cuidado de crianza/personas sin hogar		
Salud Social-Emocional/Mental		
Otro		

Declaración voluntaria: Entendemos que el estudio independiente es una alternativa educativa opcional que los estudiantes eligen voluntariamente, incluidos los estudiantes cubiertos por las secciones 48915 y 48917 del Código de Educación de California. A todos los estudiantes que eligen el estudio independiente se les debe ofrecer la alternativa de instrucción en el aula y deben tener la opción continua de volver al aula.

Calidad y cantidad; derechos y privilegios; recursos y servicios: La opción de estudio independiente debe ser sustancialmente equivalente en calidad y cantidad a la instrucción en el aula. Los estudiantes que eligen participar en estudios independientes deben tener igualdad de derechos y privilegios con el mismo acceso a los servicios y recursos existentes que los estudiantes en el programa escolar regular.

Firmas y fechas: hemos leído y entendido los términos de este acuerdo y estamos de acuerdo con todas las disposiciones.

Nombre del Estudiante:	Fecha:
Padre/tutor/guardián/cuidador de niños:	Fecha:
Maestro supervisor:	Fecha:
Otra(s) persona(s) responsable(s):	Fecha:
	Fecha:

Este acuerdo debe ser firmado por todas las partes antes de la fecha de inicio del Estudio Independiente (solo para 2021-2022, a más tardar 30 días después del primer día de instrucción).

Esta sección debe completarse después de recibir el trabajo del estudiante.

Firma de certificación del maestro: _____ Date: _____

Firma de revisión del director: _____ Date: _____