**FORMULARIO DE RECOMENDACIÓN para superdotados y
talentosos PROGRAMA**

Nombre del alumno: _____

Categoría: _____ **Escuela:** _____

Por : _____

Remisión de: (marque uno)

_____ **Padre**

_____ **Maestro**

_____ **Estudiante**

Favor de devolver este formulario a:

Greg Feedback

Director de Servicios Estudiantiles

Lexington Distrito Escolar Cuatro

607 East Fifth Street

Swansea, SC 29160