



PEEKSKILL CITY SCHOOL DISTRICT  
*A System Focused on Every Student, Every Day*

**Joyce Long**  
Director of Special Services

Administration Center, 1031 Elm Street • Peekskill, NY 10566-3499  
(914) 737-3300x325 FAX: (914)788-7584  
E-mail: [jlong@peekskillcsd.org](mailto:jlong@peekskillcsd.org)

**REQUEST FOR HOME TUTORING**

**Letter from parent**

Date: \_\_\_\_\_

Name of child: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_

I am requesting HOME TUTORING for my child because of

\_\_\_\_\_  
*(please give reason(s))*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I have received the MEDICAL REQUEST FOR HOME TUTORING form and will have it filled out by my child's physician. I give permission for the school physician to contact the student's physician.

Signature of Parent: \_\_\_\_\_

Print name of parent: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

*Please return this letter and completed the MEDICAL REQUEST FOR HOME TUTORING FORM to your child's school. Make sure the form has been filled out and signed by your child's physician.*



PEEKSKILL CITY SCHOOL DISTRICT  
***A System Focused on Every Student, Every Day***

**Joyce Long**  
Director of Special Services

Administration Center, 1031 Elm Street • Peekskill, NY 10566-3499  
(914) 737-3300x325 FAX: (914)788-7584  
E-mail: [ilongr@peekskillcsd.org](mailto:ilongr@peekskillcsd.org)

**SOLICITUD PARA CLASES PARTICULARES**

**Carta del padre/madre**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Estoy solicitando CLASES PARTICULARES para mi hijo por el siguiente motivo

\_\_\_\_\_  
*(por favor indique el motivo)*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

He recibido el formulario de solicitud para recibir CLASES PARTICULARES y haré que lo rellene el doctor de mi hijo. Doy permiso para que el médico de la escuela llame al médico del estudiante.

Firma del Padre/Madre: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del Padre/Madre \_\_\_\_\_  
*(en letra de imprenta)*

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

*Por favor devuelva esta carta y el FORMULARIO MÉDICO DE SOLICITUD PARA RECIBIR CLASES PARTICULARES a la escuela de su hijo. Asegúrese de que el formulario haya sido relleno y firmado por el doctor de su hijo.*