



415 Smith Avenue Chula Vista, CA 91910 Phone: 619.427.5626 Fax: 619.427.0561

RECEIPT OF PROCEDURAL SAFEGUARDS

I acknowledge that I received my annual copy of the Notification of Procedural Safeguards.

Student's Name: _____

Parent Name: _____

Parent Signature: _____ Date: _____

NOTIFICACIÓN DE ACUSE DE RECIBO DE LAS GARANTÍAS PROCESLAES

Hago de su conocimiento haber recibido una copia de la Notificación de las Garantías
Procesales.

Nombre del Estudiante: _____

Nombre del Padre: _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

_____ *"Where today's learners become tomorrow's leaders."* _____