



Northeast Elementary School
420 Albany Avenue, Amityville, NY 11701-2584

Dr. Pauline Collins
Principal

Tel: (631) 565-6400

NORTHEAST ELEMENTARY SCHOOL
TIME OUT TO READ BACKPACK PROGRAM

January, 2018

Dear Parent/Guardian:

We are pleased to inform you that we will be launching our annual **TIME OUT TO READ BACKPACK PROGRAM!**

Your child will be able to bring home a backpack filled with books to read for one week. They will receive their backpack on Library Day, and they will be expected to return that backpack at their next Library visit.

We ask that you help your child be responsible for the backpack and its contents:

- Handle book bags and books with care
- Create a designated area to store book bag
- Develop a consistent routine to read and share books daily with your child

If you would like your child to participate in this program, please fill out the form below and return it to your child's teacher as soon as possible.

Thank you for your help and support!

Sincerely,

Dr. Pauline Collins
Principal

TIME OUT TO READ BACKPACK PROGRAM

My child has permission to participate:

Child's Name: _____

Class: _____

Parent Signature: _____



Northeast Elementary School
420 Albany Avenue, Amityville, NY 11701-2584

Dra. Pauline Collins
Principal

Tel: (631) 565-6400

ESCUELA DE NORTHEAST
PROGRAMA DE LECTURA TIEMPO PARA LEER!

Enero, 2018

Estimados padres y apoderados:

Nos complace informarles que hemos iniciado nuestro programa de lectura
¡Tiempo para Leer!

Sus hijos pueden llevar a casa una mochila con libros cada semana. El día que tienen biblioteca se les entregará la mochila con libros para la semana. Al término de la semana, durante la siguiente visita a la biblioteca, la mochila **debe ser devuelta.**

Le pedimos que por favor se asegure que su hijo/a se haga responsable de cuidar los materiales que la mochila contiene. Esto incluye:

- Usar la mochila y leer los libros con cuidado
- Crear un área especial para mantener estos materiales en la casa
- Desarrollar una rutina de lectura y compartir el tiempo de lectura con su hijo/a **diariamente.**

Si usted desea que su hijo/a participe en este programa, por favor llene la información a continuación y devuelva la parte de abajo de esta hoja a la brevedad.

Le agradecemos su esfuerzo y cooperación

Sinceramente,

Dr. Pauline Collins
Principal

PROGRAMA DE LECTURA: TIEMPO PARA LEER

Mi hijo/a tiene permiso para participar en el programa:

Nombre del niño/a: _____

Clase: _____

Firma del padre/madre: _____