

Date and Time Received: _____

PROGRAMA DE LENGUAJE DUAL DE KUSD
Formulario de Interés del Estudiante para Kindergarten
(Regresaría a EBSOLA, 2600-50th St. o ESC Oficina LAP, 3600-52nd St. Kenosha)

Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento del niño(a): _____ Edad actual: _____

Nombre completo del estudiante: _____

Género (circule uno): Masculino Femenino

Escuela del vecindario a la que pertenece el estudiante: _____

Dirección del estudiante: _____

Números telefónicos: _____ Celulares: _____ Correo electrónico: _____

¿Tiene hermanos(as) en el programa de lenguaje dual?: SI NO

Nombre del hermano(a): _____ Grado: _____

Nombre del hermano(a): _____ Grado: _____

Lenguaje primordial que habla el niño(a): _____ que hablan los padre/Tutor(s): _____

Escuelas a las que asistió anteriormente: _____

Por favor anote los nombres y las edades de todos los hermanos(as) menores de edad que están en casa.
(Para ayudarnos anticipar registraciones futuras)

1. _____ Edad: _____

2. _____ Edad: _____

3. _____ Edad: _____

¿Cómo se enteró usted sobre el Programa de Lenguaje Dual? _____

Estoy interesado en que mi hijo/a asista al programa de lenguaje dual en:

_____ EBSOLA Dual Language solamente

_____ Escuela del vecindario solamente

_____ Ya sea EBSOLA Dual Language o escuela del vecindario

Nombre del padre/Tutor(s): _____

Firma del padre/Tutor: _____