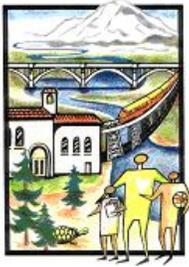


Fecha de recepción: _____



DISTRITO DE ESCUELAS
ELEMENTAL DE REDDING
¡LISTO! Programa Magnet,
LA ESCUELA DE
SYCAMORE
Aplicación del programa

Nombre de estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información del estudiante: Año escolar 2017-18 Kinder First

Nombre de padre/s _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Número celular _____ (Padre 1 _____)

Número celular _____ (Padre 2 _____)

(Si en dos hogares):

Nombre de padre/s _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Número celular _____ (Padre 1 _____)

Número celular _____ (Padre 2 _____)

¿Su hijo ha asistido a preescolar o a otras clases de educación temprana? Sí _____ No _____

Si la respuesta es "Sí", indique el nombre de la escuela, dirección e información de contacto.

Nombre de escuela _____ Número de teléfono _____

Dirección _____

¿Cuánto tiempo estuvo su niño en este preescolar? De _____ A _____

¿Tiene su hijo un plan de educación individualizada (IEP)? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿qué servicios:

Lenguaje y Habla _____ Servicios de Recursos _____ Clase Especial Día _____

ENCUESTA DE IDIOMA

¿Qué idioma aprendió su hijo/a cuando empezó a hablar? _____

¿Qué idioma habla su hijo/a con más frecuencia en casa? _____

¿Qué idioma usa más frecuentemente cuando habla con su hijo? _____

¿Qué idioma se habla más a menudo por los adultos en su hogar? _____

OTROS HERMANOS/AS

Nombre _____ Edad Actual _____ Escuela _____ Grado _____

Nombre _____ Edad Actual _____ Escuela _____ Grado _____