

Estrellas Two-Way Immersion Program Application

Professional Development Laboratory School

located at

McWhirter Elementary

300 Pennsylvania, Webster, TX 77598

281-284-4800 Fax: 281-284-4805

Name of Child: _____ Male Female

Date of Birth: _____ Current Age: _____

Name of Parent(s)/Guardian(s): _____

Mailing Address: _____

City, State, Zip: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____

Cell: _____ E-mail: _____

Child's attendance zone school: _____

What language does your child speak most often? _____

What other languages are spoken in the home? _____

Did your child attend pre-k/pre-school? Yes No If so, where? _____

Other children at home: _____ Age: _____ School: _____

I give permission for my child to receive an oral language proficiency test to determine program eligibility. CCISD employees will complete the testing. I understand that I must bring my child to the testing site on the testing date. Parents will not be allowed in the testing room, but my child's test results will be discussed with me.

Parent Signature

Date

Please send this application via mail or fax to Perla P. De La Cruz-Ramos

Solicitud de inscripción para el Programa Estrellas de Vía Doble

Escuela Laboratorio de Desarrollo Profesional
Ubicada en
La Escuela Primaria "McWhirter"
300 Pennsylvania, Webster, TX 77598
281-284-4800 Fax: 281-284-4805

Nombre del estudiante: _____ Sexo Masculino Femenino

Fecha de nacimiento: _____ Edad actual: _____

Nombre del padre(s)/Tutor(s): _____

Domicilio: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono en casa: _____ Teléfono en el trabajo: _____

Celular: _____ Domicilio en la red electrónica: _____

Zona escolar a la que pertenece el estudiante: _____

¿Cuál idioma habla su hijo(a) en casa? _____

¿Cuáles otros idiomas se hablan en su casa? _____

¿Su hijo ha asistido a preescolar? Sí No ¿Si es así, en dónde? _____

Hermanos en casa: _____ Edad: _____ Escuela: _____

Yo otorgo mi autorización para que mi hijo(a) reciba un examen de eficiencia funcional lingüística para determinar su elegibilidad de participación en el programa. Los empleados del Distrito Escolar de Clear Creek aplicarán el examen. Yo entiendo que deberé traer a mi hijo(a) al lugar donde se administrará el examen en la fecha que se me indique. Igualmente entiendo que los padres no podrán estar presentes en el cuarto de examen, pero que los resultados de dicha evaluación se me explicarán con detalle.

Firma del padre o tutor

Fecha

Envíe esta solicitud por correo o fax, con atención a Perla P. De La Cruz-Ramos