



1875 W. Lowell Avenue
Tracy, CA 95376
(209)830-3200

<https://www.tracy.k12.ca.us/programs/gate>

APPLICATION FORM FOR 2023 – 2024 SCHOOL YEAR

STUDENT Information:

Last Name: _____ Middle Name: _____ First Name: _____

Street Address: _____
Street Address City Zip Code

Student Date of Birth: _____ Current Grade Level: _____

Gender: _____

Current School: _____

PARENT/GUARDIAN Information:

Name Cell Phone Home Phone Work Phone

Email Address

Name Cell Phone Home Phone Work Phone

Email Address

Has your child previously been tested for GATE? Yes _____ No _____ if yes, Date of test _____

Was your child tested in another district? _____ Name of District _____

My child has already been identified as GATE eligible: Yes _____ No _____

I, _____ (print your name) verify that the above information is true,
accurate and complete.

Parent/Guardian Signature Date

1875 W. Lowell Avenue
Tracy, CA 95376
(209) 830-3200

<https://www.tracy.k12.ca.us/programs/gate>

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL AÑO ESCOLAR 2023 – 2024

Información del estudiante:

Apellido: _____ Segundo Nombre: _____ Nombre: _____

Dirección: _____
Ciudad Dirección postal código postal

Fecha de nacimiento del estudiante: _____ Nivel de grado actual: _____

Género: _____

Escuela actual: _____

Información del PADRE/TUTOR:

Padre / Tutor #1 Nombre celular Teléfono de casa Teléfono de trabajo

Padre / Tutor #1 dirección de correo electrónico

Padre / Tutor #2 Nombre celular Teléfono de casa Teléfono de trabajo

Padre / Tutor #2 dirección de correo electrónico

¿Su hijo ha sido previamente probado para GATE? Sí _____ No _____ en caso afirmativo, Fecha de la prueba

¿Se hizo la prueba a su hijo en otro distrito? _____ Nombre del Distrito

Mi hijo ya ha sido identificado como elegible para GATE: Sí _____ No _____

Yo, _____ (imprima su nombre) verifico que la información anterior es verdadera, precisa y completa.

Padres/tutores

Fecha de firma de los