



# Dual Language Program Application 2023-2024

LaVace Stewart Elementary  
330 FM 2094 Kemah, Texas 77565  
281-284-4700 Fax: 281-284-4705



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 be administered 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 Melissa Sanchez, Principal by May 5,2022



# Solicitud de inscripción para el Programa de Lenguaje Dual 2023-2024

Escuela Primaria Stewart  
330 FM 2094 Kemah, Texas 77565  
281-284-4700 Fax: 281-284-4705

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  Niño  Niña

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres/tutores: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono en casa: \_\_\_\_\_ Teléfono en el trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Zona escolar a la que pertenece el estudiante: \_\_\_\_\_

¿Qué idioma habla su hijo(a) en casa? \_\_\_\_\_

¿Qué 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 darán 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 salón donde se toma el 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, dirigido a la directora, Melissa Sanchez.