



# Dual Language Program Application 2024-2025



Xan Freudenburg  
Principal

League City Elementary School  
520 East Walker  
League, Texas 77573  
(281) 284-4400  
Fax (281) 284-4405

*Julia Montes*  
*Assistant Principal*

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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Siblings that participate in Dual Language program at LCE.

\_\_\_\_\_

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 Xan Freudenburg by May 3, 2024 by 3:45 PM.

# Solicitud de inscripción para el Programa de Lenguaje Dual 2024-2025



Xan Freudenburg  
Principal

Primaria League City  
520 East Walker  
League, Texas 77573  
(281) 284-4400  
Fax (281) 284-4405



Julia Montes  
Assistant Principal

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

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del 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? \_\_\_\_\_

¿Asistió su hijo(a) a preescolar?  Sí  No ¿Si así es, a dónde asistió? \_\_\_\_\_

Hermanos en casa: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Hermanos que participan en el Programa de Lenguaje Dual en LCE.

\_\_\_\_\_  
Doy autorización para que mi hijo(a) reciba un examen de dominio de lenguaje oral para determinar la elegibilidad del programa. Las personas a cargo de realizar estos exámenes son empleados del Distrito Escolar de Clear Creek. Yo entiendo que debo 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, Ms. Xan Freudenburg. Fecha límite de inscripción es 3 de mayo 2024 a las 3:45 PM.