



**Dual Language Program Application**  
**Solicitud de inscripción para el Programa de Lenguaje Dual**

McWhirter Elementary PDLs  
ESSA, Title 1  
300 Pennsylvania, Webster, TX 77598  
Phone: 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:      Attended/Attends DL: Y/N

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

Siblings participating in the Dual Language Program at McWhirter Elementary:

\_\_\_\_\_

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 email ([lhollowa@ccisd.net](mailto:lhollowa@ccisd.net)) to Lori Holloway by May 3, 2024, by 3:45 pm.



## Dual Language Program Application Solicitud de inscripción para el Programa de Lenguaje Dual

McWhirter Elementary PDLs  
ESSA, Title 1  
300 Pennsylvania, Webster, TX 77598  
Phone: 281-284-4800  
Fax: 281-284-4805

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  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: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

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:

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

Hermanos que participan en el programa de Lenguaje Dual:

\_\_\_\_\_

Yo autorizo 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 administrarán 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 administra 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 electrónico a ([lhollowa@ccisd.net](mailto:lhollowa@ccisd.net)), con atención a Lori Holloway.  
La fecha límite de inscripción es el 3 de mayo de 2024 a las 3:45 pm.