



Dual Language Program Application 2025-2026
Landolt Elementary School

Title I Campus
2104 Pilgrims Point
Friendswood, Texas 77546
(281) 284-5200
Fax (281) 284-5206



Ms. Debra Reno
Principal

Ms. Tammy Tagle
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 participating in the Landolt Dual Language Program:

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

Solicitud de inscripción para el Programa de Lenguaje Dual
2025-2026



Primaria Landolt
Título 1
2104 Pilgrims Point
Friendswood, Texas 77546
(281) 284-5200
Fax (281) 284-5206



Ms. Debra Reno
Directora

Ms. Tammy Tagle
Subdirectora

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: _____

Hermanos que participan en el programa de Lenguaje Dual: _____

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