



Fecha recibido \_\_\_\_\_

**Formulario de interés para el Programa de Lenguaje Dual (DL)  
Jardín de Infancia de Transición y Jardín de Infancia**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado solicitado: \_\_\_\_\_

**Información del estudiante:**

Género: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Si está actualmente inscrito en un programa de DLI, escriba el nombre de la escuela y la ciudad \_\_\_\_\_

Incluya comprobante de asistencia - debe ser una escuela de DLI en español/inglés para tener prioridad

**Información sobre la familia:**

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Padre #1/Tutor #1: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Padre #2/Tutor #2: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

**Experiencia de Pre escolar o de Kinder Transicional (TK)**

1. ¿Asistió su hijo/a a Pre escuela o TK u otra clase educativa infantil? En caso de que *sí*, conteste pregunta #2.

Sí \_\_\_ No \_\_\_

2. Nombre de pre escuela/TK \_\_\_\_\_ Ciudad y Estado de la pre escuela/TK \_\_\_\_\_

3. ¿Cuánto tiempo estuvo inscrito su hijo/a en pre escuela/TK? De: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

4. ¿Tiene su hijo/a un plan individual de educación especial activo (IEP)? ¿En otras palabras, está recibiendo servicios de educación especial? Sí \_\_\_ (tiene que incluir copia del documento) No \_\_\_

**Encuesta sobre el idioma en la familia**

1. ¿Cuál idioma domina su hijo? Escriba el idioma en el espacio \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es el idioma que su hijo **usa más** con sus hermanos o amigos? \_\_\_\_\_

3. ¿Cuáles idiomas habla **padre #1/guardián #1**? (circule el idioma que domina) \_\_\_\_\_

4. ¿Cuáles idiomas habla **padre #2/guardián #2**? (circule el idioma que domina) \_\_\_\_\_

**Estatus de empleo**

1. ¿Alguno de los padres/guardianes trabajan para el Distrito Escolar de Ontario-Montclair? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Si su respuesta fue *sí*, por favor anote dónde trabaja/n: \_\_\_\_\_

**El nombre de los hermanos**

1. ¿Actualmente tiene un hermano/s en el Programa de DI? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Si su respuesta fue *sí*, indique el nombre de la escuela \_\_\_\_\_

2. Anote el nombre de cada hermano/s y edad/es: \_\_\_\_\_

**Declaración personal**

¿Por qué quiere que su hijo participe en el Programa de DI?

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