20__-20__Lennox School District Student Application for Dual Language Program

☐*Buford School* ☐*Moffett School*

Student Information

Student Name: _____

Student's Birthday:_____/_____/_____ School of residence: _____

Family Information

Parent Name:_____Contact Number: _____

Parent Name:_____Contact Number: _____

Address:_____

City:_____Zip Code: _____

Home phone:_____Email: _____

Family Questions

What language did this student learn when he/she first began to talk? _____

Will you or someone in the family be able to volunteer to support the program? **Yes or No**
Who? _____
Will you be able to attend required DL parent meetings? **Yes or No**

- What time would you prefer meetings? **AM or PM**

Will someone in the family be able to supervise the completion of homework daily? Who? _____ **Yes or No**

Are you willing to commit your child's participation in the DL Program for grades K-5? **Yes or No**

Other Siblings

Name:_____School:_____Grade:_____

Name:_____School:_____Grade:_____

Name:_____School:_____Grade: _____

THANK YOU FOR YOUR INTEREST IN THE DUAL LANGUAGE PROGRAM

Please return this form to the Buford or Moffett Elementary School office.

20__-20__Distrito escolar de Lennox
Solicitud estudiantil para el Programa en dos idiomas
☐ *escuela Buford* ☐ *escuela Moffett*

Información del estudiante

Nombre del estudiante: _____

Fecha de Nacimiento:_____/_____/_____ escuela de residencia: _____

Información de la familia

Nombre de padre:_____Teléfono:_____

Nombre de madre:_____Teléfono:_____

Domicilio:_____

Ciudad:_____Código Postal: _____

Teléfono de casa:_____Correo electrónico: _____

Cuestionario Familiar

¿Qué lenguaje aprendió a hablar primero el/a estudiante? _____

¿Usted o alguna otra persona de la familia está disponible para voluntarizar y apoyar el programa? ¿Quién? _____ **Sí** **o** **No**

¿Podrá asistir a las juntas de padres requeridas por el programa de doble lenguaje? **Sí** **o** **No**

- ¿A qué hora podría asistir a juntas? **AM** **o** **PM**

¿Hay alguien en la familia que se hará cargo de supervisar y revisar que sea completada la tarea diariamente? ¿Quién? _____ **Sí** **o** **No**

¿Está dispuesto a comprometerse a que su hijo/a participe en el programa en los grados K-5? **Sí** **o** **No**

Hermanos

Nombre:_____Escuela:_____Grado:_____

Nombre:_____Escuela:_____Grado:_____

Nombre:_____Escuela:_____Grado: _____

GRACIAS POR SU INTERÉS EN EL PROGRAMA EN DOS IDIOMAS

Favor de entregar esta forma a la oficina de la escuela Buford o Moffett.