

Angels Reading Program (ARC)
Formulario de Inscripción para 1º a 3º Grado
Primavera: 25 de Julio, 2016 -11 de Agosto, 2016

Lista

Por favor, entregue una copia de lo siguiente junto con esta aplicación:

- € Tarjeta de reporte del primer trimestre del Estudiante (requerido)
- € Resultados de los exámenes (opcional)

Información del Estudiante

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Escuela: _____ Maestro/a de clase: _____
Grado: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Genero: Masculino Femenino

Información de los Padres

Nombre de un Padre: _____ Relación: _____
Celular: _____ Teléfono de Casa: _____
Correo Electrónico: _____
Dirección: _____
Lenguaje principal en hogar: _____

- ¿Ha asistido Su hijo a nuestro programa de tutoría en el pasado? SI NO
- ¿Recibe su hijo almuerzo gratis / reducido en la escuela? SI NO
- ¿Su hijo necesita usar lentes? SI NO
- ¿Su hijo tiene acceso a Internet en casa? SI NO
- ¿Está su hijo en un Plan de Educación Individualizada (IEP) o Plan 504? SI NO

La Personalidad de mi hijo (por favor marque todas las que describen a su hijo):

- Amable Tímido Respetuoso Trabajador Honesto Responsable
- Energético Calmado Asertivo Independiente Chistoso Serio
- Paciente Confidente Indeciso Curioso _____ _____

Por favor, explique por qué le gustaría que su hijo asista al Campamento de Lectura "Ángeles" (ARC)

¿Tiene su hijo alguna necesidad especial? Si su respuesta es sí, favor de describir. _____

¿Su hijo recibe algún tipo de intervención o ayuda extra en su escuela? Si su respuesta es sí, favor de describir: Antes de la Escuela Después de Escuela

¿Con qué frecuencia usted lee a su hijo? _____

¿Cuál es la materia favorita de su hijo? _____

¿Cuál es la materia que menos le gusta de a su hijo? _____

Favor de describir las fortalezas de su hijo: _____

¿Qué materias académicas son más difíciles para su hijo? _____

Favor de describir los intereses y pasatiempos de su hijo. _____

¿Qué crees que motiva a su hijo a aprender? _____

Por favor describa cualquier alergia o problema médico que tenga su hijo, y medicamentos que tome.

Información adicional que le gustaría compartir: _____

REQUISITOS DE ASISTENCIA

La asistencia es crucial para el éxito del programa. Más de 3 ausencias resultarán en que su hijo sea dado de baja en el programa de tutoría. No se harán reembolsos para los estudiantes que se den de baja en la tutoría por la falta de asistencia. Por favor firme aquí para aceptar la política de la asistencia.

Firma del Padre _____ Fecha _____