



APLICACION PARA PEQUEÑO COMPAÑERO

Devolver este formulario completo a la biblioteca de Gypsum, Eagle, o Avon.

Eagle Public Library, 600 Broadway, Eagle
Gypsum Public Library, 47 Lundgren Blvd., Gypsum
Avon Public Library, 200 Benchmark Rd., Avon

¡Favor de llenarla claramente!

Las aplicaciones para Padre o Tutor para los estudiantes comenzando primero, segundo y tercer grado. Para participar en este programa, el cupo es limitado.

Nombre del Niño: _____ M ___ F ___

Fecha de nacimiento: _____ Grado: ____ Escuela: _____

Nombre del padre o madre: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Dirección física: _____

Dirección Postal: _____

¿Cuál(es) idioma(s) habla el niño en casa?

Por favor díganos más acerca de su hijo(a), para escogerle un Compañero Grade apropiado para ellos lo mejor posible.

Usted prefiere que el Compañero Grande de su hijo(a) sea:

Hombre ___ Mujer ___ No es importante ___ (Trataremos de que esto sea posible)

Quisiera que mi Hijo(a) practicara su lectura en: inglés ___ español ___ Ambos ___

El promedio de Lectura de mi hijo(a) es:

Por debajo del nivel _____ al nivel de su grado _____ por encima del nivel _____

Yo no estoy seguro _____

¿Por qué me gustaría que mi hijo tuviera un compañero de lectura?: _____

Por cada una de las características, por favor marque la que más describa el carácter de su hijo(a). Esto nos ayudará con la elección del compañero grande de su hijo(a).

Mi hijo(a) es: TIMIDO

EXTROVERTIDO

Mi hijo(a): PUEDE CONCENTRARSE

LE GUSTA HACER

EN SOLO UNA ACTIVIDAD

MAS DE UNA ACTIVIDAD

Mi hijo(a): NO LE GUSTA LA

LE MUCHO GUSTA LA

ESCUELA

ESCUELA

Mi hijo(a): SE REUSA A VENIR

ESTA ENTUSIASMADO

A LA LECTURA EN

CON LA LECTURA EN

PAREJAS

PAREJAS

Mi hijo(a) le interesa: _____

Libros favoritos de mi hijo(a) son: _____

¿Que deberíamos saber más de más acerca de si hijo(a)? _____

Por favor ponga sus iniciales en el siguiente contrato:

_____ Yo he leído toda la información sobre Compañeros de Lectura para los Padres.

_____ Yo estoy de acuerdo con los requisitos del programa. Yo estoy consciente que tengo que avisar cuando mi hijo(a) no pueda venir al programa ya sea al coordinador y al compañero grande de mi hijo(a).

_____ Yo estoy de acuerdo que mi hijo(a) participe en el programa completo, lo mejor posible, incluyendo que llegue a tiempo a cada sección (De otra manera tal vez su compañero grande sea designado a otra persona por ese día).

_____ *Poniendo sus iniciales en este espacio Usted da permiso para el uso o publicación de la foto de su hijo(a) ya sea en imprenta, electrónico o de video con la imagen de su hijo(a). Yo libero cualquier CARGO en contra de la Biblioteca Publica de Eagle con respecto a cualquiera material usado.*

Firma del Padre _____ Fecha _____

Nombre del Niño: _____ Grado: _____

Permiso de FERPA (Los Derechos de la Familia Educativa y Acto Privado)

Permito al personal del programa de Amigos de Estudio comunicarse con la facultad y personal de los estudiantes de mi escuela acerca de mi estudiante con el propósito de obtener información de su progreso académico, CSAP, hábitos de estudio, conducta en la clase y asistencia.

Firma

fecha