



APLICACION PARA PEQUEÑO COMPAÑERO (ESTUDIANTES EN GRADOS 1-3)

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

Quiero asistir a: Eagle Library Gypsum Library Avon Library

Solicitó la siguiente sesión: Primavera Verano Otoño

Consulte las fechas del programa en <https://www.evld.org/events/reading-buddies> o <http://www.literacyprojecteaglecounty.org/RB.html>.

Indique aquí las fechas a las que su hijo no podrá asistir: _____

Fecha de hoy: _____

Nombre del Niño: _____

Fecha de nacimiento: _____ M ___ F ___ Grado: _____ Escuela: _____

Nombre del padre o madre: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Dirección Postal: _____

Dirección física: _____

Contacto de emergencia alternativo: _____ Teléfono _____

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

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

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

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

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

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 una caja 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: _____

¿Qué más deberíamos saber acerca de su hijo(a)? _____

¿Su hijo tiene alguna alergia o condición médica? _____

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 Pública 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