

## APLICACION PARA PEQUEÑO COMPAÑERO

Regresela 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 ó Tutor para los estudiantes comenzando primero, segundo y tercer grado. Podran aplicar para el programa, el cupó es limitado.

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o madre: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Corréo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

¿Que idioma(s) habla el niño en casa?

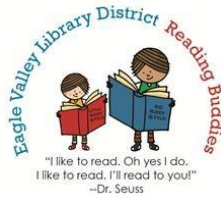
**Por favor diganos más acerca de su hijo(a), para escogerle un Compañero Grade apropiado para ellos lo mejor posible.**

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

Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_ No es importante \_\_\_\_\_ (¡Trataremos que esté sea posible!)

Quisiere que mi Hijo(a) practicara su lectura en: Inglés \_\_\_\_\_ Español \_\_\_\_\_ Ambos \_\_\_\_\_

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



Por debajo del nivel \_\_\_\_p al nivel de su grado \_\_\_\_ al nivel por encima de \_\_\_\_ Yo no estoy seguro \_\_\_\_

¿Por que me gustaria que mi hijo tuviera un compañero de lectura?: \_\_\_\_\_

Por cada una de las carecteristicas, por favor marque la que más desciba el character de su hijo(a). Esto nos ayudara con la elección del compañero grade de su hijo(a).

Mi hijo(a) es: TIMIDO      EXTROVERTIDO.

Mi hijo(a): PUEDE      CONCENTRARSE LE  
GUSTA HACER

SOLO EN      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 A LA LECTURA EN PAREJAS      ESTA ENTUSIASMADO CON LA LECTURA EN PAREJAS

Mi hijo(a) le interesa: \_\_\_\_\_

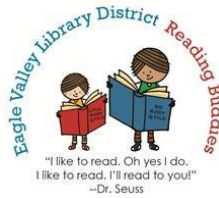
Libros favoritos de mi hijo(a) son: \_\_\_\_\_

¿Que deberiamos saber más de más acerca de si hijo(a)? \_\_\_\_\_

**Por favor ponga sus iniciales en el siguiente contrato:**

\_\_\_\_\_ Yo e leido toda la informacion sobre Compañeros de Lectura para los Padres. \_\_\_\_\_

Yo estoy de acuerdo con los requisitos del programa. Yo estoy conciente que tengo que avisar



cuando mi hijo(a) no pueda venir al programa ya seá al coordinador y el compañero grande de mi hijo(a).

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

\_\_\_\_\_ *Poniendo sus iniciales en este espacio Usted dá permiso para el uso ó publicación de la foto de su hijo(a) ya sea en imprenta, electronica ó de video con la imagen de su hijo(a). YO libero cualquier CARGO en contra de la Biblioteca Publica de Eagle con respect 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