

**Escuela Preparatoria Autónoma de la Universidad –CSU Channel Islands**  
**SOLICITUD DE MATRICULA DE LA ESCUELA AUTÓNOMA PARA EL AÑO ESCOLAR**  
**2025-2026**

**Instrucciones para los Padres:** (Por favor letra de molde) 1. Por favor llene una solicitud por niño. 2. **Las solicitudes deberán ser recibidas a más tardar a las 4:00 pm del jueves 6 de marzo, 2025 en 1099 Bedford Drive, Camarillo, CA 93010.** 3. La lotería pública se llevara a cabo el **viernes 7 de marzo de 2025** en 1099 Bedford Drive, Camarillo, CA 93010. Dentro de dos semanas nos pondremos en contacto con los padres acerca de los resultados de la lotería. 4. **Debemos tener un número de teléfono anotado y una dirección de correo electrónico listada para contacto.**

1. Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Masculino/Femenino \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Encierren en un Circulo el Grado del alumno para el Año Escolar 2024-2025: TK K 1 2 3 4 5 6 7

Encierren en un Círculo el Grado cual va entrar el alumno en el Año Escolar **2025-2026**: TK K 1 2 3 4 5 6 7 8

Si su hijo(a) está solicitando para el Kinder, por favor marquen si Uds. desean que su nombre sea puesto para el Programa de Doble Idioma o del Enriquecimiento del Idioma.

Doble Idioma  Enriquecimiento del Idioma

Idioma Nativo del Niño(a): Inglés \_\_\_\_\_ Español \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

2. Domicilio \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad CA Código Postal

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

3. Nombre de los Padres/Tutores \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Teléfono \_\_\_\_\_  
Casa Trabajo/Celular (marque uno)

4. Escuela a la que asiste actualmente (si es aplicable) \_\_\_\_\_ Doble Idioma Programa \_\_\_\_\_

5. Distrito Escolar al que asiste actualmente (si es aplicable) \_\_\_\_\_

6. Hermanos(as) solicitando para el mismo año escolar Nombre(s) \_\_\_\_\_ Grado(s) \_\_\_\_\_

**Una aplicación es requerida para cada estudiante solicitando.**

**Por favor marquen 1 cuadro únicamente si es aplicable**

- 1. Prioridad por tener un hermano(a) asistiendo UPCS. Nombre(s) del hermano(a): \_\_\_\_\_
- 2. Empleado de UPCS \_\_\_\_\_
- 3. Facultad de CSUCI
- 4. Residente de Camarillo

**Al firmar este formulario yo entiendo que: (1) La aprobación está sujeta a disponibilidad de cupo. (2) Los padres serán responsables del transporte del estudiante. (3) Si no hay cupo disponible en este momento, yo seré colocado en una lista de espera por medio de un procedimiento de selección al azar y me avisarán si mi nombre es seleccionado.**

\_\_\_\_\_  
Firma de los Padres/Tutores

\_\_\_\_\_  
Fecha

**For School Use Only**

Date Received w/ Initials \_\_\_\_\_

Accepted Date \_\_\_\_\_  Declined Date: \_\_\_\_\_ UPCS Agent \_\_\_\_\_