

**Escuela Preparatoria Autónoma de la Universidad –CSU Channel Islands**  
**SOLICITUD DE MATRICULA DE LA ESCUELA AUTÓNOMA PARA EL AÑO ESCOLAR 2023-2024**

Instrucciones para los Padres: (Por favor letra de molde) 1. Por favor enumeren todos los niños de una misma familia que están solicitando. 2. **Las solicitudes deberán ser recibidas a más tardar jueves 2 de marzo, 2023 en 1099 Bedford Drive, Camarillo, CA 93010.** 3. La lotería pública tendrá lugar el **viernes 3 de marzo** en el 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 para poderlos llamar durante el “día”.**

1. Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Masculino/Femenino \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido (Por ejemplo 9/1/18)

**Su hijo/a debe tener 5 años antes del 09/01/2023 para entrar al kindergarten.**

Encierren en un Círculo el Grado del alumno para el Año Escolar **2022-2023:** K 1 2 3 4 5 6 7 8

Encierren en un Círculo el Grado cual va entrar el alumno en el Año Escolar **2023-2024:** 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

Otra dirección de correo –Si es diferente a la anterior \_\_\_\_\_

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

Casa Trabajo/Celular (marque uno)

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

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-Nombre(s) del hermano(a): \_\_\_\_\_
- 2. Empleado de UPS \_\_\_\_\_
- 3. Asiste Actualmente a El Jardín Preescolar
- 4. Personal de CSUCI
- 5. Vecindario

**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: \_\_\_\_\_ UPS Agent \_\_\_\_\_