

Escuela Preparatoria Autónoma de la Universidad –CSU Channel Islands
SOLICITUD DE MATRICULA DE LA ESCUELA AUTÓNOMA PARA EL AÑO ESCOLAR 2017-2018

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, 2017 en 550 Temple Avenue, Camarillo, CA 93010.** 3. La lotería pública tendrá lugar el **viernes 3 de marzo** en el 550 Temple Avenue, 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 9/1/12)

Su hijo/a debe tener 5 años antes del 09/01/2017 para entrar al kindergarten.

Encierren en un Círculo el Grado del alumno para el Año Escolar **2016-2017**: PK K 1 2 3 4 5 6 7 8

Encierren en un Círculo el Grado cual va entrar el alumno en el Año Escolar **2017-2018**: PK 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 _____