Por favor, presente el original con estudiantes registros.
Remitir una copia al Distrito ESL Administrador.

Alumno IDENTIFICACIÓN: _____
Escuela: _____
Grado: _____

Distrito escolar de Riverview
CUESTIONARIO SOBRE ANTECEDENTES
DE ESTUDIANTES DE INGLÉS COMO
SEGUNDA LENGUA

Estudiantes Nombre: _____
(Nombre) (Último)

Cumpleaños masculino/femenino : _____ Edad: _____
Teléfono: _____
(mes) (día) (año)

DIRECCIÓN: _____

Del padre Nombre: _____ Nativo del padre País: _____

De la madre Nombre: _____ Madre nativa País: _____

Nombres y edades de los hermanos y Hermanas: _____

Nombres y relaciones de otras personas que viven en el hogar: _____

¿Su hijo nació fuera de los EE. UU.? No Sí Si es así, enumere los país: _____

El niño primero Hablado Idioma: _____

¿Cuándo llegó este estudiante a? el ¿EE.UU?: _____

¿Qué idioma se utiliza? ¿con los padres? _____

Con hermanos: _____

¿Con amigos? _____

Si su hijo está al cuidado de otra persona, ¿qué idioma es el más hablado? a menudo ¿usado? _____

¿Se necesita un intérprete para la comunicación entre el hogar y la escuela? No Sí

Mi hijo	Muy bien	Sólo un poco	De nada
Lee ingles			
Escribe en inglés			
Lee el primer idioma			

Escribe en su primera lengua			
------------------------------	--	--	--

Estudiantes Nombre: _____

HISTORIA ESCOLAR

Por favor proporcione la siguiente información. Complete el nombre de cada escuela. Indique cualquier interrupción en la escolaridad. Proporcione cualquier información que nos ayude a comprender mejor los antecedentes de su estudiante.

Edad	Calificación	Nombre de la escuela: Ubicación	Idioma(s) utilizado(s)
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18+			

Último grado terminado: _____ ¿Cuándo? _____

¿Tiene su hijo? estudió ¿Inglés? No Sí ¿Cuánto tiempo?

_____ ¿Su hijo ha recibido alguna vez instrucción de inglés como segundo idioma? No Sí ¿Dónde? _____ Información adicional que desea que le proporcionemos saber:

Estudiantes especial intereses: _____

En la escuela, el estudiante hace bien en: _____

Problemas médicos especiales que la escuela debe conocer acerca de: _____

¿Tiene su hijo dificultades de aprendizaje? No Sí

Otro: _____

Formulario completado por: _____

(Firma)

(Fecha)

Ubicación del grado del estudiante (si determinado): _____