



**INFORMACION DEL ESTUDIANTE – Sección A**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono casa ( ) \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Inicial 2º Nombre

Dirección \_\_\_\_\_  
Número                      Calle                      Dept. #                      Ciudad                      Código Postal

Correo Electrónico (si lo hay) \_\_\_\_\_

Actual Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Clase de Matemáticas Actual \_\_\_\_\_ Calificación Actual: A B C D F

Identificación # \_\_\_\_\_ GPA \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
(M- F)

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

¿Eres Ciudadano Americano?    Si    No                      Origen \_\_\_\_\_

Lengua Materna \_\_\_\_\_

¿Por qué estás interesado en el programa Cal SOAP?

¿Participas en alguna actividad dentro de la escuela? Escribe una lista.

¿Cómo supiste acerca del programa Cal SOAP?

*Por favor contesta lo siguiente en una hoja separada:*

Con aproximadamente 200 palabras cuéntanos acerca de tu record académico o de tus metas para el futuro.

**Para uso oficial únicamente:**

Fecha en que se recibió la solicitud: \_\_\_\_\_

Fecha en que el estudiante fué admitido dentro del programa: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE LOS PADRES – Sección B**

Nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Inicial 2º Nombre

Dirección \_\_\_\_\_  
Número    Calle                      Dept. #                      Ciudad                      Código Postal

Teléfono casa ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_                      Teléfono trabajo ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Nombre de la Empresa \_\_\_\_\_

¿Tiene usted título universitario?                      Si  No

Correo Electrónico (si lo hay) \_\_\_\_\_

Nombre la de Madre o Tutora \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Inicial 2º Nombre

Dirección \_\_\_\_\_  
Número                      Calle                      Dept. #                      Ciudad                      Código Postal

Teléfono casa ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_                      Teléfono Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Nombre de la Empresa \_\_\_\_\_

¿Tiene usted título universitario?                      Si  No

Parentesco del jefe de la casa con el estudiante solicitante \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (si lo hay) \_\_\_\_\_

¿Es su hijo/a elegible para comidas gratuitas o a precio reducido?    Sí    No

Ingreso Anual Total Aproximado:

Menos de 33,600	37,901 - 42,100	47,101 - 50,900
36,601 - 37,900	42,101 - 47,100	50,901 o más

Tamaño de la Familia: \_\_\_\_\_

Por la presente doy permiso a mi hijo/a \_\_\_\_\_ para que participe en el proyecto Cal-SOAP del Sur del Condado en la Preparatoria Gilroy. También autorizo a la preparatoria Gilroy para que haga disponibles al director del Programa Cal-SOAP del Sur del Condado (o a los miembros representantes) la información sobre el progreso académico de mi hijo/a. **A veces los medios publicitarios pueden escribir un artículo o tomar fotografías de un programa/actividad. Doy mi permiso SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_.**

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_