SOUTH COUNTY Cal-SOAP

Consorcio Cal-SOAP del Sur del Condado

401 Burnett Ave., Morgan Hill, California 95037

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 programa Cal-SOAP del Sur del Condado en la Preparatoria Sobrato. También autorizo a la preparatoria Sobrato 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**_____