

PLACE STUDENT
PHOTO HERE

COLOCAR FOTO
DEL ESTUDIANTE

STUDENT INFORMATION / DATOS DEL ESTUDIANTE

DATE / FECHA _____ APPLYING FOR / SOLICITA CUPO PARA: PRE-KINDER K 1 2 3 4 5 6

LAST NAME / APELLIDO _____

FIRST NAME / 1^{er} NOMBRE _____ MIDDLE NAME / 2^o NOMBRE _____

HOME ADDRESS / DIRECCIÓN _____

CITY / CIUDAD _____ STATE / ESTADO _____ ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL _____

DATE OF BIRTH / FECHA DE NACIMIENTO _____ GENDER / SEXO F M

PLACE OF BIRTH / LUGAR DE NACIMIENTO _____ PRIMARY LANGUAGE / IDIOMA PRIMARIO _____

ETHNICITY / GRUPO ÉTNICO (optional / opcional): _____

NATIONALITY / NACIONALIDAD (optional / opcional): _____

LANGUAGE(S) SPOKEN AT HOME / IDIOMA(S) QUE SE HABLA EN CASA _____

KNOWLEDGE OF SPANISH / DOMINIO DEL ESPAÑOL:

EXCELLENT / EXCELENTE GOOD / BUENO SOME / POCO NONE / NADA

KNOWLEDGE OF ENGLISH / DOMINIO DEL INGLÉS:

EXCELLENT / EXCELENTE GOOD / BUENO SOME / POCO NONE / NADA

STUDENT'S PRESENT SCHOOL / ESCUELA ACTUAL DEL / DE LA ESTUDIANTE _____

CURRENT GRADE / NIVEL ACTUAL _____

SCHOOLS ATTENDED / ESCUELAS ANTERIORES	GRADES / NIVELES	YEARS / AÑOS	CONTACT / CONTACTAR A...	PHONE NUMBER / NÚMERO DE TELÉFONO
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

PLEASE TELL US WHY YOU WOULD LIKE YOUR CHILD TO ATTEND EBI. / POR FAVOR INDIQUE POR QUÉ DESEA QUE SU HIJO(A) INGRESE A EBI.

PLEASE DESCRIBE YOUR CHILD'S SPECIAL INTERESTS AND HOBBIES. / DESCRIBA LOS INTERESES Y PASATIEMPOS DE SU HIJO(A).

IS THERE ANYTHING ELSE YOU WOULD LIKE US TO KNOW ABOUT YOUR CHILD? / ¿HAY ALGO MÁS QUE LE GUSTARÍA DECIRNOS SOBRE SU HIJO(A)?

HEALTH / SALUD

DESCRIBE STUDENT'S HEALTH. / INDIQUE ESTADO DE SALUD DEL ESTUDIANTE.

DOES HE / SHE HAVE ANY PHYSICAL HANDICAPS, MENTAL DISABILITIES OR ALLERGIES THAT WOULD LIMIT HIS / HER PARTICIPATION IN THE FULL RANGE OF SCHOOL ACTIVITIES? IF YES, DESCRIBE. / ¿TIENE ALGUNA LIMITACIÓN FÍSICA, MENTAL O ALERGIAS QUE PODRÍAN LIMITAR SU PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LAS ACTIVIDADES ESCOLARES? DESCRIBA.

HAS STUDENT EVER SUFFERED ANY SERIOUS INJURY OR ILLNESS? / ¿HA SUFRIDO DE ALGUNA ENFERMEDAD O HERIDAS GRAVES?

IS THE STUDENT UNDER THE CARE OF A PHYSICIAN, PSYCHIATRIST, PSYCHOLOGIST OR THERAPIST? IF SO DESCRIBE BRIEFLY. INDIQUE SI EL ESTUDIANTE ESTÁ BAJO LA ATENCIÓN DE UN MÉDICO, SIQUIATRA, PSICÓLOGO O TERAPEUTA. DESCRIBA BREVEMENTE.

FAMILY INFORMATION / DATOS DE LA FAMILIA

WITH WHOM DOES APPLICANT LIVE? / ¿CON QUIÉN RESIDE EL ESTUDIANTE? _____

WHO HAS LEGAL CUSTODY? / ¿QUIÉN TIENE LA TUTELA LEGAL? _____

PERSON FINANCIALLY RESPONSIBLE / LA PERSONA ENCARGADA DE LAS FACTURAS ESCOLARES _____

RELATIONSHIP TO APPLICANT / RELACIÓN CON EL SOLICITANTE _____

BILLING ADDRESS / DIRECCIÓN PARA LAS FACTURAS _____

TELEPHONE / TELÉFONO _____

TO WHOM SHOULD CORRESPONDENCE BE SENT? / ¿A QUIÉN DEBEMOS ENVIAR LA CORRESPONDENCIA? _____

FIRST PARENT / GUARDIAN / PADRE DE FAMILIA O TUTOR LEGAL

LAST NAME / APELLIDO _____

FIRST NAME / 1^{er} NOMBRE _____ MIDDLE NAME / 2^o NOMBRE _____

HOME ADDRESS / DIRECCIÓN _____

CITY / CIUDAD _____ STATE / ESTADO _____ ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL _____

PRIMARY LANGUAGE / IDIOMA PRIMARIO _____

OTHER LANGUAGES SPOKEN / OTROS IDIOMAS QUE HABLA _____

ETHNICITY / GRUPO ÉTNICO (optional / opcional): _____

NATIONALITY / NACIONALIDAD (optional / opcional): _____

TELEPHONE / TELÉFONO _____

CELLULAR / CELULAR _____ E-MAIL / CORREO ELECTRÓNICO _____

PROFESSION / PROFESIÓN _____

EMPLOYER / LUGAR DE EMPLEO _____

JOB TITLE / CARGO QUE DESEMPEÑA _____

BUSINESS ADDRESS / DIRECCIÓN DEL TRABAJO _____

_____ BUSINESS TELEPHONE / TELÉFONO DEL TRABAJO _____

SECOND PARENT / GUARDIAN / OTRO PADRE DE FAMILIA O TUTOR LEGAL

LAST NAME / APELLIDO _____

FIRST NAME / 1^{er} NOMBRE _____

MIDDLE NAME / 2^o NOMBRE _____

HOME ADDRESS / DIRECCIÓN _____

CITY / CIUDAD _____

STATE / ESTADO _____

ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL _____

PRIMARY LANGUAGE / IDIOMA PRIMARIO _____

OTHER LANGUAGES SPOKEN / OTROS IDIOMAS QUE HABLA _____

ETHNICITY / GRUPO ÉTNICO (optional / opcional): _____

NATIONALITY / NACIONALIDAD (optional / opcional): _____

TELEPHONE / TELÉFONO _____

CELLULAR / CELULAR _____

E-MAIL / CORREO ELECTRÓNICO _____

PROFESSION / PROFESIÓN _____

EMPLOYER / LUGAR DE EMPLEO _____

JOB TITLE / CARGO QUE DESEMPEÑA _____

BUSINESS ADDRESS / DIRECCIÓN DEL TRABAJO _____

_____ BUSINESS TELEPHONE / TELÉFONO DEL TRABAJO _____

PLEASE LIST NAMES, AGES AND CURRENT SCHOOLS OF OTHER CHILDREN. / INDIQUE LOS NOMBRES, EDADES Y ESCUELAS ACTUALES DE OTROS HIJO(A)S.

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

GENERAL INFORMATION / INFORMACIÓN GENERAL

Please check to receive financial aid information / Indique si desea recibir información de sobre asistencia.

HOW DID YOU LEARN ABOUT EBI? / ¿CÓMO SE ENTERÓ DE EBI? _____

Escuela Bilingüe Internacional admits students of any race, color, national or ethnic origin to all the rights, privileges, programs, and activities generally accorded or made available to students at the school. It does not discriminate on the basis of race, color, national or ethnic origin in administration of its educational policies, admissions policies, scholarship and loan programs, and athletic and other school-administered programs. / La Escuela Bilingüe Internacional admite estudiantes de todas las razas, colores y credos sin distinciones de su nacionalidad u origen étnico. Todos los derechos, privilegios y actividades están disponibles para los estudiantes de la escuela en la Escuela Bilingüe Internacional no discrimina por razones de raza, color, religión, grupo étnico o nacionalidad en la administración de las pólizas educativas, de admisiones, de asistencia financiera, programas de deporte y otros programas y actividades administrados por la escuela.

I hereby apply for admission to Escuela Bilingüe Internacional for / Yo solicite admisión a la Escuela Bilingüe Internacional para:

STUDENT'S NAME / NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

and enclose the non-refundable application fee of \$75. / Incluyo el pago de \$75 no reembolsable por el pago de la inscripción.

I (We) give my (our) permission for Escuela Bilingüe Internacional to contact my child's previous and / or current school(s) for information, including copies of report cards and testing to be released to Escuela Bilingüe Internacional. / Yo(nosotros) doy(damos) permiso para que Escuela Bilingüe Internacional contacte las escuelas anteriores de mi HIJO(A) para obtener información, incluyendo copias de las calificaciones y resultados de exámenes para el uso exclusivo de la Escuela Bilingüe Internacional.

SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN / FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA O TUTOR LEGAL

DATE / FECHA

Mail completed application to / envíe su solicitud a:

Escuela Bilingüe Internacional · 410 Alcatraz Avenue · Oakland, CA 94609