



Two-Way Dual Language Program Application
Oppe Elementary Coastal Studies Magnet
2915 81st Street Galveston, TX, 77554
409-761-6500

Name of Child: _____ ☐ Male ☐ Female

Date of Birth: _____ Current Age: _____

Name of Parent(s)/Guardian(s): _____

Mailing Address: _____

City, State, Zip: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____

Cell: _____ E-mail: _____

What language does your child speak most often? _____

What other languages are spoken in the home? _____

Did your child attend Pre-K/Preschool? ☐ Yes ☐ No If so, where?

Other children at home: _____ Age: _____ School: _____

I have attended the February 24th or March 24th parent meeting.

I give permission for my child to receive an oral language proficiency test to determine program eligibility. GISD employees will complete the testing. I understand that I must bring my child to the testing site on the assigned testing date. Parents will not be allowed in the testing room, but my child's test results will be discussed with me.

Parent Signature _____ Date: _____

**Please send this application via campus drop off or email (aliceprets@gisd.org) to
Alice Prets by April 29, 2022**

Solicitud de inscripción para el Programa de Lenguaje Dual



**Escuela Magnet Oppe de Estudios Costeros
La Escuela Primaria Oppe
2915 81st Street Galveston, TX 77554
Phone: 409-761-6500**

Nombre del estudiante: _____ ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de nacimiento: _____ Edad actual: _____

Nombre del padre(s)/Tutor(s): _____

Domicilio: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono en casa: _____ Teléfono en el trabajo: _____

Celular: _____ Domicilio en la red electrónica: _____

¿Cuál idioma habla su hijo(a) en casa? _____

¿Cuáles otros idiomas se hablan en su casa? _____

¿Su hijo ha asistido a preescolar? ☐ Sí ☐ No ¿Si es así, en dónde? _____

Hermanos en casa: _____ Edad: _____ Escuela: _____

Yo he asistido a la reunión informativa de padres el 24 de febrero o 24 de abril.

Yo otorgo mi autorización para que mi hijo(a) reciba un examen de dominio lingüístico verbal para determinar su elegibilidad de participación en el programa. Los empleados del Distrito Escolar de Galveston aplicarán el examen. Yo entiendo que deberé traer a mi hijo(a) al lugar donde se administrará el examen en la fecha que se me indique. Igualmente entiendo que los padres no podrán estar presentes en el cuarto de examen, pero que los resultados de dicha evaluación se me explicarán con detalle.

Firma del padre o tutor _____

Fecha _____

**Envíe esta solicitud por correo o electrónico a (aliceprets@gisd.org), con atención a
Alice Prets.**

La fecha límite de inscripción es 29 de abril, 2022