



SOLICITUD

Para enviar esta solicitud, envíela por correo electrónico a southcountycalsoap@gmail.com.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE – Sección A

Nombre De Estudiante:			Teléfono casa: () -		
Apellido	Nombre	Inicial 2º Nombre			
Dirección:					
Número	Calle	Dept #	Ciudad	Código Postal	
Correo electrónico (si lo hay):			Grado:	GPA:	
Identificación #:	Escuela Actual:	8º Grado: Preparatoria que asistirás:			
Clase de matemáticas Actual:			Calificación Actual:		
Fecha de Nacimiento:	/	/	Edad:	Male	Female
			No-binario/Otro		
Lugar de nacimiento:		Origen:		Lengua Materna:	
¿Por qué estás interesado en el programa Cal-SOAP?			¿Cómo supiste acerca del programa Cal-SOAP?		
¿Participas en alguna actividad dentro de la escuela? Escribe una lista.			¿Cuál es tu mejor talento o habilidad? ¿Por qué?		
¿Cómo has trabajado para superar los desafíos en tu educación? ¿Qué pasos tomaste para resolver este desafío?					
¿Qué asignatura académica te inspira? ¿Cómo has explorado este tema más allá del aula?					
Describe tu récord académico o tus metas para el futuro.					
Para uso oficial únicamente:			Comentarios:		
Fecha en que se recibió la solicitud:					
Fecha en que el estudiante fue admitido dentro del programa:					



INFORMACIÓN DE LOS PADRES – Sección B

Padre o Tutor 1 - Nombre:				
		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):				
Padre o Tutor 2 - Nombre:				
		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):				
Parentesco del jefe de la casa con el estudiante solicitante:			Tamaño de la Familia:	
¿Es su hijo/a elegible para comidas gratuitas o a precio reducido?			Si	No
Ingreso Anual Total Aproximado:	Menos de 33,600	37,901 - 42,100	47,101 - 50,900	
<i>Por favor solo marque una casilla</i>	36,601 - 37,900	42,101 - 47,100	50,901 o más	
<p>Por la presente doy permiso a mi estudiante (nombre) _____ para que participe en el proyecto Cal-SOAP del Sur del Condado en la escuela (nombre de escuela) _____.</p> <p>También doy mi consentimiento para que la escuela de mi estudiante ponga a disposición del Director del Proyecto Cal-SOAP del Sur del Condado (o de miembros del personal designados) información relativa al progreso académico de mi estudiante en la escuela. A veces, los medios pueden escribir un artículo sobre o tomar fotografías de un programa/actividad. Doy mi permiso SI _____ NO _____.</p>				
Firma del Padre/Tutor:			Fecha:	